


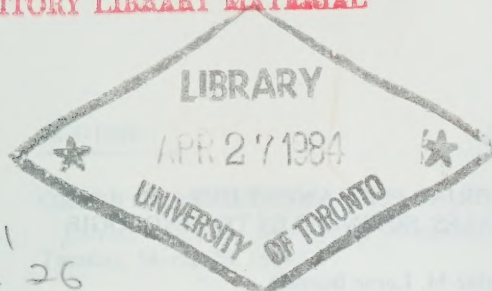


3 1761 11971898 9



Digitized by the Internet Archive
in 2023 with funding from
University of Toronto

<https://archive.org/details/31761119718989>



Second Session of the
Thirty-second Parliament, 1983-84

Deuxième session de la
trente-deuxième législature, 1983-1984

SENATE OF CANADA

SÉNAT DU CANADA

*Proceedings of the Standing
Senate Committee on*

*Délibérations du comité
sénatorial permanent des*

Social Affairs, Science and Technology

Affaires sociales, des sciences et de la technologie

Chairman:
The Honourable M. LORNE BONNELL

Président:
L'honorable M. LORNE BONNELL

Wednesday, January 18, 1984
Tuesday, March 13, 1984
Tuesday, March 20, 1984
Wednesday, March 21, 1984

Le mercredi 18 janvier 1984
Le mardi 13 mars 1984
Le mardi 20 mars 1984
Le mercredi 21 mars 1984

Issue No. 1

Fascicule n° 1

Organization meeting and First Proceedings on:

Réunion d'organisation et Premier fascicule concernant:

The subject-matter of Bill C-3: "An Act relating to cash contributions by Canada in respect of insured health services provided under provincial health care insurance plans and amounts payable by Canada in respect of extended health care services and to amend and repeal certain Acts in consequence thereof"

La teneur du Projet de loi C-3, «Loi concernant les contributions pécuniaires du Canada aux services de santé assurés pris en charge par les régimes provinciaux d'assurance-santé et les montants payables par le Canada pour les programmes de services complémentaires de santé, et modifiant certaines lois en conséquence»

APPEARING:

The Honourable Monique Bégin,
Minister of National Health and Welfare

COMPARAÎT:

L'honorable Monique Bégin,
ministre, Santé nationale et Bien-être social

WITNESSES:

(See back cover)

TÉMOINS:

(Voir à l'endos)

THE STANDING SENATE COMMITTEE ON
SOCIAL AFFAIRS, SCIENCE AND TECHNOLOGY

The Honourable M. Lorne Bonnell, *Chairman*

The Honourable Orville H. Phillips, *Deputy Chairman*

The Honourable Senators:

Bielish	Marshall
Bonnell	McGrand
Cottreau	*Olson
*Flynn	Phillips
Haidasz	Rousseau
Hébert	Tremblay
Inman	Wood

**Ex Officio Members*

(Quorum 5)

COMITÉ SÉNATORIAL PERMANENT DES
AFFAIRES SOCIALES, SCIENCES ET TECHNOLOGIE

Président: L'honorable M. Lorne Bonnell

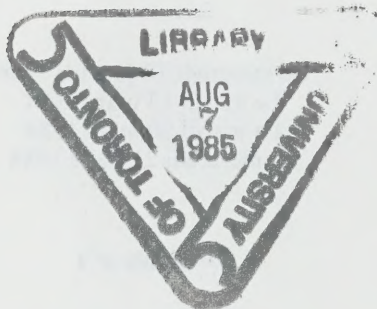
Vice-président: L'honorable Orville H. Phillips

Les honorables sénateurs:

Bielish	Marshall
Bonnell	McGrand
Cottreau	*Olson
*Flynn	Phillips
Haidasz	Rousseau
Hébert	Tremblay
Inman	Wood

**Membres d'office*

(Quorum 5)



ORDER OF REFERENCE

Extract from the Minutes of Proceedings of the Senate,
Tuesday, March 20, 1984:

"The Order being read,

With leave of the Senate,

The Honourable Senator Bonnell resumed the debate on the motion of the Honourable Senator Frith, seconded by the Honourable Senator Langlois:

That the Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology be authorized to examine the subject-matter of the Bill C-3, intituled: "An Act relating to cash contributions by Canada in respect of insured health services provided under provincial health care insurance plans and amounts payable by Canada in respect of extended health care services and to amend and repeal certain Acts in consequence thereof", in advance of the said Bill coming before the Senate, or any matter relating thereto;

That the Committee have power to adjourn from place to place within Canada; and

That the Committee be authorized to engage the services of such counsel and technical, clerical and other personnel as may be required for the said examination.

After debate,

In amendment, the Honourable Senator Bonnell moved, seconded by the Honourable Senator Giguère, that the motion be amended by deleting the second paragraph thereof.

After debate, and—

The question being put on the motion in amendment, it was—

Resolved in the affirmative.

The question being put on the motion as amended, it was—

Resolved in the affirmative."

ORDRE DE RENVOI

Extrait des Procès-verbaux du Sénat le mardi 20 mars 1984:

«A la lecture de l'ordre adopté,

Avec la permission du Sénat,

L'honorable sénateur Bonnell reprend le débat sur la motion de l'honorable sénateur Frith, appuyé par l'honorable sénateur Langlois,

Que le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie soit autorisé à étudier la teneur du Projet de loi C-3, intitulé: «Loi concernant les contributions pécuniaires du Canada aux services de santé assurés pris en charge par les régimes provinciaux d'assurance-santé et les montants payables par le Canada pour les programmes de services complémentaires de santé, et modifiant certaines lois en conséquence», avant que ce projet de loi ou les questions s'y rattachant ne soient soumis au Sénat;

Que le Comité soit autorisé à voyager où que ce soit au Canada;

Que le Comité soit autorisé à retenir les services des conseillers et du personnel technique, de bureau et autre dont il pourra avoir besoin aux fins de son enquête.

Après débat,

En amendement, l'honorable sénateur Bonnell propose, appuyé par l'honorable sénateur Giguère, que l'on modifie la motion en retranchant le deuxième paragraphe.

Après débat,

La motion d'amendement, mise aux voix, est adoptée.

La motion, telle que modifiée, mise aux voix, est adoptée.»

Le greffier du Sénat

Charles A. Lussier

Clerk of the Senate

MINUTES OF PROCEEDINGS

WEDNESDAY, JANUARY 18, 1984

(1)

[Text]

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology held an organization meeting this day at 10:05 a.m.

Present: The Honourable Senators Bonnell, Côtteau, Haidasz, Marshall, Rousseau and Wood. (6)

The Clerk of the Committee presided over the election of the Chairman.

The Honourable Senator Wood moved,—That the Honourable Senator Bonnell be elected Chairman of the Committee.

The question being put on the said motion, it was agreed to, and the Honourable Senator Bonnell was invited to take the Chair.

The Chairman called for a motion to elect a Deputy Chairman.

The Honourable Senator Marshall moved,—That the Honourable Senator Phillips be elected Deputy Chairman of the Committee. The motion carried.

The Committee agreed that selection of the membership of the Subcommittee on Agenda and Procedure (Steering Committee) be delayed to a later date.

The Honourable Senator Rousseau moved,—That the Committee print 1,000 copies of its day-to-day proceedings. The motion carried.

The Honourable Senator Marshall moved,—That the Chairman be authorized to hold meetings to receive and authorize the printing of evidence when a quorum is not present. The motion carried.

At 10:10 a.m. the Committee adjourned to the call of the Chair.

ATTEST:

Le greffier du Comité

Denis Bouffard

Clerk of the Committee

TUESDAY, MARCH 13, 1984

(2)

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met this day, *in camera*, at 8:09 p.m., the Chairman, the Honourable Senator Bonnell presiding.

Members of the Committee present: The Honourable Senators Bonnell, Côtteau, Haidasz, Marshall, Rousseau and Tremblay. (6)

Other Senators present: Honourable Senator Asselin.

The Committee discussed its future business.

On motion of Senator Côtteau, it was agreed,—That this meeting be held *in camera*.

PROCÈS-VERBAL

LE MERCREDI 18 JANVIER 1984

(1)

[Traduction]

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie tient ce jour une séance d'organisation à 10 h 05.

Présents: Les honorables sénateurs Bonnell, Côtteau, Haidasz, Marshall, Rousseau et Wood. (6)

Le greffier du Comité préside l'élection du président.

L'honorable sénateur Wood propose,—QUE l'honorable sénateur Bonnell soit élu président de ce Comité.

La motion mise aux voix est adoptée et l'honorable sénateur Bonnell est invité à occuper le fauteuil.

Le président demande qu'une motion soit présentée pour l'élection du vice-président.

L'honorable sénateur Marshall propose,—QUE l'honorable sénateur Phillips soit élu vice-président du Comité. La motion est adoptée.

Le Comité convient de remettre à une date ultérieure l'élection des membres du Sous-comité du programme et de la procédure (Comité directeur).

L'honorable sénateur Rousseau propose,—QUE le Comité fasse imprimer 1 000 exemplaires de ses procès-verbaux et témoignages. La motion est adoptée.

L'honorable sénateur Marshall propose,—QUE le président soit autorisé à présider les séances, à recevoir des témoignages et à en autoriser l'impression en l'absence de quorum. La motion est adoptée.

A 10 h 10 le Comité suspend ses travaux jusqu'à nouvelle convocation du président.

ATTESTÉ:

LE MARDI 13 MARS 1984

(2)

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit aujourd'hui à huis clos, à 20 h 09, sous la présidence de l'honorable sénateur Bonnell (vice-président).

Membres du Comité présents: Les honorables sénateurs Bonnell, Côtteau, Haidasz, Marshall, Rousseau et Tremblay. (6)

Autre sénateur présent: L'honorable sénateur Asselin.

Le Comité discute de ses travaux futurs.

Sur motion du sénateur Côtteau, il est convenu,—QUE la séance ait lieu à huis clos.

On motion of Senator Côtteau, it was agreed,—That the Chairman, the Deputy Chairman and the Honourable Senators Marshall and Rousseau do compose the Subcommittee on Agenda and Procedure.

On motion of Senator Côtteau, it was agreed,—That Senator Côtteau also be a member of the Subcommittee.

On motion of Senator Tremblay, it was agreed,—That the quorum of the Subcommittee be three members.

At 8:35 p.m., the Committee adjourned to the call of the Chair.

TUESDAY, MARCH 20, 1984

(3)

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met this day, *in camera*, at 4:30 p.m., the Chairman, the Honourable Senator Bonnell presiding.

Members of the Committee present: The Honourable Senators Bielish, Bonnell, Côtteau, Haidasz, Hébert, McGrand, Phillips, Rousseau, Tremblay and Wood. (10)

In attendance: Ms. Mildred J. Morton, Research Associate, Library of Parliament.

The Committee discussed its future business.

On motion of Senator McGrand, it was agreed,—That this meeting be held *in camera*.

The Chairman read the First Report of the Subcommittee on Agenda and Procedure which is as follows:

FIRST REPORT

Your Subcommittee met on Tuesday, March 13, 1984 to consider the future business of the Committee and agreed to make the following recommendations:

1. THAT the Chairman invite the Honourable Monique Bégin, Minister of National Health and Welfare; representatives from the Provinces; experts on the financing of health care costs; and specialists able to offer an historical perspective of the Bill C-3, to appear before the Committee, provided they are available and to the extent the schedule permits;

2. THAT the Chairman request the Library of Parliament to second to the Committee a researcher specializing in health care legislation;

3. THAT the Committee or Subcommittee adjourn to other Canadian cities if considered desirable and time permits;

4. THAT the Committee explore subjects for in-depth and long-term study by the Committee;

5. THAT two budgets be submitted for consideration to the Standing Committee on Internal Economy, Budgets and Administration—one covering general operating costs of the Committee for the fiscal year 1984/85, the other for costs relating to the future study of Bill C-3.

Sur motion du sénateur Côtteau, il est convenu,—QUE le président, le vice-président et les honorables sénateurs Marshall et Rousseau fassent partie du Sous-comité du programme et de la procédure.

Sur motion du sénateur Rousseau, il est convenu,—QUE le sénateur Côtteau fasse également partie du Sous-comité.

Sur motion du sénateur Tremblay, il est convenu,—QUE le quorum du Sous-comité soit de trois membres.

A 20 h 35, le Comité suspend ses travaux jusqu'à nouvelle convocation du président.

LE MARDI 20 MARS 1984

(3)

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit aujourd'hui à huis clos, à 16 h 30, sous la présidence de l'honorable sénateur Bonnell (président).

Membres du Comité présents: Les honorables sénateurs Bielish, Bonnell, Côtteau, Haidasz, Hébert, McGrand, Phillips, Rousseau, Tremblay et Wood. (10)

Aussi présents: M^{me} Mildred J. Morton, attachée de recherches, Bibliothèque du Parlement.

Le Comité discute de ses travaux futurs.

Sur motion du sénateur McGrand, il est convenu,—QUE cette séance ait lieu à huis clos.

Le président lit le premier rapport du Sous-comité du programme et de la procédure que voici:

PREMIER RAPPORT

Votre sous-comité se réunit le mardi 13 mars 1984 pour étudier le calendrier des travaux du Comité et a convenu de faire les recommandations suivantes:

1. QUE, sujet à la disponibilité des témoins et pourvu que le calendrier du comité le lui permette, le président invite l'honorable Monique Bégin, Ministre de la Santé et du Bien-être social, des représentants des provinces, des experts sur le financement des coûts des programmes des services de santé et des spécialistes capables d'offrir une perspective historique du projet de loi C-3, à comparaître devant le comité.

2. QUE le président demande à la Bibliothèque du Parlement d'affecter au comité un chercheur spécialisé en matière de législation des services de santé;

3. QUE le comité ou le sous-comité entreprenne des voyages à travers le pays s'il le juge opportun et dans la mesure où son calendrier le lui permet;

4. QUE le comité se penche sur des sujets d'étude profonde et à long terme;

5. QUE le comité soumette pour étude au Comité permanent de la Régie intérieure, budgets et administration, deux budgets—l'un pour les frais d'opérations générales du comité au cours de l'année fiscale 1984/85, et l'autre pour des frais afférant à l'étude prochaine du projet de loi C-3.

On motion of Senator McGrand, it was agreed—That the First Report of the Subcommittee on Agenda and Procedures of the Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology be concurred in.

Ms. Morton briefed the Committee on Bill C-3.

At 6:05 p.m., the Committee adjourned to the call of the Chair.

WEDNESDAY, MARCH 21, 1984

(4)

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met this day, at 3:37 p.m., the Chairman, the Honourable Senator Bonnell presiding.

Members of the Committee present: The Honourable Senators Bielish, Bonnell, Cottreau, Flynn, Haidasz, McGrand, Phillips, Tremblay and Wood. (9)

Other Senators present: Honourable Senators Asselin and Frith.

In attendance: Ms. Mildred J. Morton, Research Associate, Library of Parliament.

Appearing: The Honourable Monique Bégin, P.C., M.P., Minister of National Health and Welfare.

Witnesses:

From the Department of National Health and Welfare:

Dr. Maureen Law, Associate Deputy Minister;

Mr. David Beavis, Director General, Information Systems, Policy Planning and Information Directorate;

Mr. Donald MacNaught, Chief, Hospital Insurance, Health Services and Promotion Branch.

The Committee proceeded to examine and consider the subject-matter of Bill C-3 intitled: "An Act relating to cash contributions by Canada in respect of insured health services provided under provincial health care insurance plans and amounts payable by Canada in respect of extended health care services and to amend and repeal certain Acts in consequence thereof."

The Minister made a statement and, with the witnesses, answered questions.

At 5:45 p.m., the Committee adjourned to the call of the Chair.

ATTEST:

Le greffier du Comité

Erika Bruce

Clerk of the Committee

Sur motion du sénateur McGrand, il est convenu,—QUE le premier rapport du Sous-comité du programme et de la procédure du Comité permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie soit approuvé.

M^{me} Morton met les membres du Comité au fait du projet de loi C-3.

A 18 h 05, le Comité suspend ses travaux jusqu'à nouvelle convocation du président.

LE MERCREDI 21 MARS 1984

(4)

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit aujourd'hui à 15 h 37 sous la présidence de l'honorable sénateur Bonnell (président).

Membres du Comité présents: Les honorables sénateurs Bielish, Bonnell, Cottreau, Flynn, Haidasz, McGrand, Phillips, Tremblay et Wood. (9)

Autres sénateurs présents: Les honorables sénateurs Asselin et Frith.

Aussi présente: M^{me} Mildred J. Morton, attachée de recherches, Bibliothèque du Parlement.

Compareît: L'honorable Monique Bégin, c.p., député, ministre de la Santé nationale et du Bien-être social.

Témoins:

Du ministère de la Santé nationale et du Bien-être social:

M^{me} Maureen Law, sous-ministre associé;

M. David Beavis, directeur général, Direction des systèmes d'information, politique, planification et information;

M. Donald MacNaught, chef, Assurance-hospitalisation, Direction générale des services de la promotion de la santé.

Le Comité entreprend l'étude de la teneur du projet de loi C-3 intitulé: «Loi concernant les contributions pécuniaires du Canada aux services de santé assurés pris en charge par les régimes provinciaux d'assurance-santé et les montants payables par le Canada par les programmes de services complémentaires de santé, et modifiant certaines lois en conséquence».

Le ministre fait une déclaration et, à l'aide des témoins, répond aux questions.

A 17 h 45, le Comité suspend ses travaux jusqu'à nouvelle convocation du président.

ATTESTÉ:

EVIDENCE

Ottawa, Wednesday, January 18, 1984

[Texte]

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science & Technology met this day at 10 a.m. to organize the activities of the committee.

Mr. Denis Bouffard, Clerk of the Committee: Honourable senators, pursuant to Rule 69 you are required to appoint a chairman at this meeting. Would honourable senators present motions to that effect.

Senator Wood: I would like to nominate Senator Bonnell as chairman.

Senator Marshall: I second it.

Mr. Bouffard: Are there any further nominations? If not is it agreed, honourable senators?

Hon. Senators: Agreed.

The Chairman: Our first order of business is to choose a vice-chairman.

Senator Marshall: Mr. Chairman, I nominate Senator Phillips.

The Chairman: Are there any further nominations? If not, is it agreed?

Hon. Senators: Agreed.

The Chairman: Perhaps we should leave the nominations for a steering committee to a later date when we have had an opportunity to see what we will be studying.

Hon. Senators: Agreed.

The Chairman: As the Standing Senate Committee on Social Affairs, Science & Technology, we have a broad range of subjects which we can study. We are likely to be involved with the Canada Health Act, which is somewhat controversial as far as the provinces and the medical profession are concerned. However, it has the support of all parties of the House of Commons so it is not likely to be controversial politically. There is some discussion that we should hear the provinces, but we shall wait and see what they do in the other place. I am not sure whether the bill will be referred to us as a pre-study or as a bill.

The committee could become involved in studies of a more permanent nature, perhaps as long as a year. I ask members of the committee to think of subjects that might be of interest and need special attention, whether it be in the arts, consumer affairs, housing, health and social services, youth, ageing, pensions, whatever.

Senator Marshall: Do we have anything outlining our mandate?

The Chairman: Yes.

Senator Marshall: Perhaps we could have the clerk send copies of it to our offices.

The Chairman: Yes.

TÉMOIGNAGES

Ottawa, le mercredi 18 janvier 1984

[Traduction]

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie tient aujourd'hui, à 10 heures, sa séance d'organisation.

M. Denis Bouffard, greffier du comité: Honorables sénateurs, conformément à l'article 69 du Règlement, vous devez élire un président. J'invite donc les honorables sénateurs à présenter des motions à cet égard.

Le sénateur Wood: Je propose que le sénateur Bonnell soit élu président du comité.

Le sénateur Marshall: J'appuie cette motion.

M. Bouffard: Y a-t-il d'autres mises en candidature? Plaît-il aux honorables sénateurs d'adopter cette motion?

Des voix: D'accord.

Le président: Nous devons maintenant procéder à l'élection d'un vice-président.

Le sénateur Marshall: Monsieur le président, je propose le sénateur Phillips.

Le président: Y a-t-il d'autres mises en candidature? La motion est-elle adoptée?

Des voix: D'accord.

Le président: Je crois que nous devrions attendre de connaître notre mandat avant de choisir les membres du comité directeur.

Des voix: D'accord.

Le président: En tant que Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, nous pouvons étudier toute une gamme de sujets. Nous serons probablement appelés à nous pencher sur la Loi canadienne sur la santé, qui est assez contestée par les provinces et le corps médical. Toutefois, le projet de loi a l'appui de tous les partis à la Chambre et ne risque pas de susciter de controverse politique. Il est question que nous entendions les témoignages de représentants des provinces, mais nous attendrons de voir ce qui surviendra à l'autre endroit. Je ne sais pas si le projet de loi nous sera renvoyé pour étude préliminaire pour examen article par article.

Il est possible que le Comité se lance dans des travaux de longue haleine, qui pourraient prendre jusqu'à un an. Je demande donc aux membres du Comité d'établir une liste de questions importantes qui méritent une attention spéciale, par exemple dans le domaine des arts, de la consommation, du logement, de la santé et des services sociaux, de la jeunesse, des personnes âgées ou des pensions.

Le sénateur Marshall: Notre mandat a-t-il été établi?

Le président: Oui.

Le sénateur Marshall: Nous pourrions peut-être demander au greffier de nous en envoyer des exemplaires à notre bureau.

Le président: Oui.

[Text]

Senator Marshall: As a member of the opposition, I am concerned about the confusion which always arises when two or more committees are sitting at the same time. Due to the fact that we in the opposition are low in numbers, it will be very difficult for us to attend all of the meetings. Since Wednesdays have been allotted for committee work, there should be no overlapping of committees. Committee members like to attend their meetings and participate.

The Chairman: I could not agree with you more. However, there are times when we are dealing with bills which have to be reported fairly soon but when it comes to any studies the committee may be doing, we should be able to arrange it so that we do not interfere with other committees.

We need a motion that the committee print copies of its Minutes of Proceedings and Evidence. How many copies do we usually print?

Mr. Bouffard: One thousand.

Senator Rousseau: I so move.

Senator Haidasz: With regard to the Canada Health Act, perhaps we should print more copies, but I guess we can change the number at any time.

The Chairman: That's right. Is it agreed, honourable senators?

Hon. Senators: Agreed.

The Chairman: We also need a motion to the effect that the chairman be authorized to hold meetings to receive and authorize the printing of evidence when a quorum is not present.

Senator Marshall: I so move.

The Chairman: Is it agreed, honourable senators?

Hon. Senators: Agreed.

Senator Marshall: What is a quorum?

The Chairman: Four.

Senator Haidasz: Does that include the chairman?

The Chairman: Yes.

Senator Haidasz: So it is the chairman plus three?

The Chairman: But I think that we can hear witnesses with less than that number.

Senator Marshall: That is the object of the motion.

The Chairman: I do not know whether I should put this on the record, but I believe that a committee of 12 is too small. I think we should have at least 15 members because it is difficult to get a quorum and many senators are interested in many of the different subjects but are unable to attend the meetings because we are limited in number.

[Traduction]

Le sénateur Marshall: En tant que membre de l'Opposition, je me désolé de la confusion qui survient toujours lorsque deux ou plusieurs comités siègent en même temps. Étant donné notre infériorité numérique, du côté de l'Opposition, il nous est très difficile d'assister à toutes les réunions. Puisque la journée du mercredi est réservée aux travaux des comités, il ne devrait pas y avoir de conflits d'horaire. Tous les membres désirent participer aux réunions de leurs comités.

Le président: Je suis entièrement d'accord avec vous. Toutefois, il nous arrive parfois d'étudier des projets de loi sur lesquels il faut soumettre un rapport dans les plus brefs délais. En ce qui concerne les autres travaux dont nous sommes saisis, nous devrions cependant pouvoir nous organiser pour ne pas siéger en même temps que d'autres comités.

Nous avons besoin d'une motion pour que le Comité fasse imprimer des exemplaires de ses procès-verbaux et témoignages. Combien d'exemplaires imprimons-nous habituellement?

M. Bouffard: Mille.

Le sénateur Rousseau: Je présente cette motion.

Le sénateur Haidasz: Nous devrions peut-être faire imprimer un plus grand nombre d'exemplaires dans le cas de la Loi canadienne sur la santé. Mais je suppose, que nous pouvons en obtenir d'autres à n'importe quel moment?

Le président: C'est exact. Les honorables sénateurs sont-ils d'accord?

Des voix: D'accord.

Le président: Nous avons également besoin d'une motion autorisant le président à tenir des séances, à recevoir des témoignages et à en autoriser l'impression même à défaut de quorum.

Le sénateur Marshall: Je présente cette motion.

Le président: Les honorables sénateurs sont-ils d'accord?

Des voix: D'accord.

Le sénateur Marshall: Combien de membres faut-il pour avoir quorum?

Le président: Quatre.

Le sénateur Haidasz: Y compris le président?

Le président: Oui.

Le sénateur Haidasz: Il faut donc trois membres plus le président?

Le président: Mais je crois que nous pouvons recevoir des témoignages avec moins de quatre membres.

Le sénateur Marshall: C'est le but de la motion.

Le président: Je ne sais pas si je devrais faire une telle remarque en public, mais je crois qu'un comité de douze est trop petit. Nous devrions avoir au moins quinze membres car il est difficile d'obtenir le quorum. Beaucoup de sénateurs s'intéressent aux diverses questions débattues ici, mais sont incapables d'assister aux réunions en raison de notre nombre trop restreint.

[Text]

Senator Marshall: Perhaps you could use your influence to tell the Prime Minister to appoint a few P.C.'s to the Senate so we could have better representation at the meetings.

The Chairman: The Prime Minister would probably be pleased to do that and if you give me a list, I shall pass it to him.

Senator Cottleau: There are eight new senators and I suspect that committee membership will have to be expanded to place them.

The Chairman: I think that many people are interested in many of the subjects and I have wanted to attend some of the committee meetings but I have had to withdraw as a member to give other people who are interested an opportunity.

Senator Marshall: Of course, anybody can attend a committee meeting.

The Chairman: That's right. We are ready to adjourn.

Senator Haidasz: I move that the committee adjourn.

The Chairman: Is it agreed, honourable senators?

Hon. Senators: Agreed.

The committee adjourned.

Ottawa, Wednesday, March 21, 1984

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met this day at 3.30 p.m. to consider the subject matter of Bill C-3, relating to cash contributions by Canada in respect of insured health services provided under provincial health care insurance plans and amounts payable by Canada in respect of extended health care services and to amend and repeal certain acts in consequence thereof.

Senator M. Lorne Bonnell (*Chairman*) in the Chair.

The Chairman: Honourable senators, we will begin our proceedings according to the reference by the Senate of March 20, 1984, consequent upon a motion which reads as follows:

That the Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology be authorized to examine the subject matter of Bill C-3, intituled: "An Act relating to cash contributions by Canada in respect of insured health services provided under provincial health care insurance plans and amounts payable by Canada in respect of extended health care services and to amend and repeal certain Acts in consequence thereof," in advance of the said Bill coming before the Senate, or any matter relating thereto;

Under that reference, we have with us this afternoon the Minister of Health and Welfare for Canada and some of her officials. Perhaps we will begin by asking the minister if she would introduce to us her officials. If she has a statement that

[Traduction]

Le sénateur Marshall: Vous pourriez peut-être demander au Premier ministre de nommer quelques membres du Parti progressiste conservateur au Sénat pour que nous soyons mieux représentés lors des réunions.

Le président: Le Premier ministre serait probablement heureux de le faire, et si vous me donnez une liste, je la lui remettrai.

Le sénateur Cottleau: Huit nouveaux sénateurs ont été nommés, et j'imagine qu'il faudra constituer de plus grands comités pour leur trouver une place.

Le président: Beaucoup de personnes s'intéressent à de nombreux sujets. Je voulais moi-même assister aux réunions de certains comités, mais j'ai été obligé de me désister en tant que membre pour céder ma place à d'autres personnes.

Le sénateur Marshall: Évidemment, n'importe qui peut assister aux réunions des comités.

Le président: C'est exact. Nous sommes prêts à lever la séance.

Le sénateur Haidasz: Je propose que la séance soit levée.

Le président: Les honorables sénateurs sont-ils d'accord?

Des voix: D'accord.

La séance est levée.

Ottawa, le 21 mars 1984

Le comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit aujourd'hui à 15 h 30 pour étudier la teneur du projet de loi C-3 concernant les contributions pécuniaires du Canada aux services de santé assurés pris en charge par les régimes provinciaux d'assurance-santé et les montants payables par le Canada pour les programmes de services complémentaires de santé, et modifiant certaines lois en conséquence.

Le sénateur Lorne M. Bonnell (*président*) occupe le fauteuil.

Le président: Honorables Sénateurs, nous commencerons nos délibérations conformément à l'ordre de renvoi du Sénat du 20 mars 1984 faisant suite à une motion et stipulant ce qui suit:

Que le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie soit autorisé à étudier la teneur du projet de loi C-3, intitulé: «Loi concernant les contributions pécuniaires du Canada aux services de santé assurés pris en charge par les régimes provinciaux d'assurance-santé et les montants payables par le Canada pour les programmes de services complémentaires de santé, et modifiant certaines lois en conséquence», avant que ce projet de loi ou les questions s'y rattachant ne soient soumis au Sénat;

En vertu de cet ordre de renvoi, nous accueillons cet après-midi le ministre de la Santé nationale et du Bien-être social du Canada et quelques hauts fonctionnaires de son ministère. Pourquoi ne pas commencer par demander au ministre de nous

[Text]

she would like to give the committee, I would ask that she proceed with it, after which honourable senators can put questions to her. I am sure that if she cannot answer them, her officials can support any arguments that she might wish to make.

I now turn the meeting over to the honourable minister for her comments for the introduction of her group.

Hon. Monique Bégin, P.C., M.P., Minister of National Health and Welfare: Thank you very much, Mr. Chairman. May I introduce to you and to honourable senators Dr. Maureen Law, my Associate Deputy Minister; Mr. David Beavis, Director General of Information Systems, Policy Planning and Information Directorate, and Mr. Donald McNaught, Chief of Hospital Insurance, Health Services and Promotion Branch.

In lieu of a printed statement that I would have circulated, Mr. Chairman, I thought it would be appropriate to tell honourable senators why there is a Bill C-3 and to describe its modalities.

The so-called crisis or erosion of medicare—in other words, the problems of two new avenues of increasing extra charges for the patients or users who have to go through doctors' offices or use hospital services—started as a Canadian problem, to my knowledge, in late February of 1979 during my first mandate as Minister of Health and Welfare. To sum up rapidly, I think it is fair to say that the problem was raised in provincial legislatures; more precisely, to my memory, in Ontario first. It developed national proportions very rapidly. We immediately gave the signals that were appropriate to some provinces that there appeared to be serious problems and eventually breaches of the act.

In my short absence from my department, my successor-predecessor, the Honourable David Crombie, created a commission of inquiry—although that might not be the exact legal status it had—headed by Mr. Justice Hall, to look into the so-called erosion of medicare. I was there to receive his report in September, 1980. I shared it immediately at a federal-provincial conference with my provincial counterparts. That conference took place in Winnipeg and was followed by numerous meetings between deputy ministers of health and by some formal federal-provincial meetings of ministers of health.

This official way of gathering and discussing was accompanied by many bilateral meetings between myself and a provincial minister of health or a group of ministers of health, such as, for example, the ministers of health of the Atlantic provinces.

I forgot to say that, in the meanwhile and in parallel, in 1981 in the other place a parliamentary task force on federal-provincial fiscal arrangements heard many witnesses on the question of medicare, which, of course, uses up a big share of federal transfer payments and federal moneys. That report, known as the Breau Committee Report, was tabled, after the

[Traduction]

présenter ses hauts fonctionnaires. Si Mme Bégin a une déclaration à faire, je lui demanderais de s'exécuter. Les honorables sénateurs pourront par la suite lui poser des questions. Je suis convaincu que si elle n'est pas en mesure de répondre, ses collaborateurs pourront étayer tous les arguments qu'elle pourra avancer.

Je cède maintenant la parole à l'honorable ministre pour qu'elle nous fasse part de ses observations et nous présente les membres de son groupe.

L'honorable Monique Bégin, c.p., député, ministre de la Santé nationale et du Bien-être social: Merci beaucoup, monsieur le président. Permettez-moi de vous présenter ainsi qu'aux honorables sénateurs, Mme Maureen Law, sous-ministre associé, M. David Beavis, directeur général de la Direction des systèmes d'information, politiques, planification et information ainsi que M. Donald McNaught chef de l'Assurance-hospitalisation, Direction général des services de promotion de la santé.

Au lieu d'une déclaration écrite que j'aurais fait distribuer, monsieur le président, j'ai cru plus approprié d'expliquer aux sénateurs la raison d'être du projet de loi C-3 et d'en décrire les modalités.

La crise ou érosion de l'assurance-santé—en autrement dit le problème des deux nouvelles méthodes d'accroissement des frais pour les malades ou les usagers qui doivent se rendre chez le médecin ou s'journer à l'hôpital—a pris des proportions nationales, à ma connaissance, à la fin de février 1979 au cours de mon premier mandat de ministre de la Santé nationale et du Bien-être social. Pour résumer rapidement, je crois qu'il est juste de dire que c'est en Ontario que le problème a été soulevé pour la première fois dans une assemblée législative provinciale. Il a rapidement pris des proportions nationales. Nous avons immédiatement signalé à certaines provinces qu'il semblait y avoir de graves problèmes, voire des infractions, à la Loi.

Pendant ma courte période d'absence de mon ministère, mon successeur et prédécesseur, l'honorable David Crombie, a créé une commission d'enquête—bien qu'il ne s'agissait peut-être pas de son véritable statut juridique—présidé par le Juge Hall et dont la tâche consistait à étudier ladite érosion de l'assurance-santé. J'étais en poste, lorsqu'il a déposé son rapport en septembre 1980. J'ai immédiatement fait part des conclusions de cette étude à mes homologues provinciaux dans le cadre d'une conférence fédérale-provinciale qui avait lieu à Winnipeg et qui a été suivie de nombreuses rencontres entre les sous-ministres de la Santé ainsi que par quelques rencontres officielles fédérales-provinciales des ministres de la Santé.

Ces réunions officielles ont été accompagnées de nombreuses rencontres bilatérales entre moi-même et un ministre provincial de la Santé ou un groupe de ministres de la Santé; ceux des provinces de l'Atlantique par exemple.

J'ai oublié de dire, qu'entre temps et en parallèle, le Groupe de travail parlementaire de l'autre endroit sur les arrangements fiscaux entre le gouvernement fédéral et les provinces s'est réuni en 1981 et a entendu de nombreux témoignages sur la question de l'assurance-santé laquelle, il va sans dire, accapare une bonne part des paiements de transferts et des crédits

[Text]

task force had heard 330 witnesses representing 112 organizations.

As I have said, I am referring to health in particular when I give this background. The Canadian public was brought into the debate, if I may call it that, through the focussing of attention on local situations and on the problem itself, all over the country, by the media, both printed and electronic.

Je ne veux pas prolonger mes remarques; je voudrais surtout laisser les sénateurs me questionner et répondre aux questions de mon mieux.

J'ajouterai qu'en juillet dernier, le gouvernement du Canada a publié—et là, j'essaie de me souvenir si c'est un Livre vert ou un Livre blanc—de toute façon la couleur était rouge—un document exprimant notre position quant à la philosophie de ce que devait être l'assurance-santé et les problèmes que nous voyons se développer à travers les surcharges financières imposées, soit par des médecins et des spécialistes, soit par les frais aux usagers que certaines provinces mettaient de plus en plus en œuvre.

Ce document a été distribué au nombre d'au moins 300,000 exemplaires chez les professionnels de la santé, les intervenants du milieu et le grand public, comme consommateurs, si je peux dire. Nous avons aussi utilisé des encarts d'information à travers les chèques d'allocation familiale et de pension. Nous avons vu se développer depuis l'été dernier ou depuis le mois de juin peut-être, des discussions, des colloques locaux au niveau des différentes collectivités. En anglais, on les appelle «The community forums».

Ceci était organisé par des groupes locaux qui avaient un intérêt sur l'assurance-santé, d'habitude «pro medicare», qui faisaient venir des panellistes, aussi bien des médecins spécialistes locaux connus, doyens de faculté, groupes de rassemblement de citoyens, infirmières, hygiénistes publics—enfin nommons-les—qui ont suscité dans le pays tout entier des débats locaux sur une question qui intéresse et touche tous les Canadiens à un seul moment de leur vie, quand ils sont malades, c'est-à-dire que ceci les intéresse tous, mais en pratique n'en touche qu'un très petit pourcentage, la masse des gens n'ayant pas à utiliser les systèmes de santé.

J'arrêtera sur cela—et bien sûr je pense que maintenant c'est connu que différents organismes, dont nous autres dans le cours ordinaire de notre travail, dans mon ministère, avons aussi eu accès à des résultats de sondage sur ce que veut et pense de l'assurance-santé le public canadien.

Je dirais peut-être en capsule pourquoi un bill C-3. Quand je suis devenu ministre de la Santé, il y a quelque six ans, les surcharges financières aux patients étaient de quelque 50 millions de dollars. Six ans après, ils sont entre 100 et 200 millions de dollars, mais plus proche du 100 que du 200. On n'a évidemment pas toutes les statistiques exactes.

I think by that figure, which, in a sketchy way, tells it all, there is an image that describes the problem we are facing with medicare in Canada—the problem of erosion. This, for

[Traduction]

accordés par le gouvernement fédéral. Ce rapport, connu sous le nom de Rapport du Comité Breau, a été déposé après que le Groupe de travail ait entendu 330 témoins représentant 112 organisations.

Comme je l'ai dit, je fais allusion à la santé en particulier, lorsque je donne ces précisions. La population canadienne a été amenée à participer aux débats, si je puis employer cette expression, parce que les médias, la presse électronique et la presse écrite, ont attiré son attention sur des cas particuliers et sur le problème lui-même, et ce dans toutes les régions du pays.

I would like to keep this brief. I especially want the Senators to have an opportunity to ask me questions which I will then try to answer to the best of my ability.

I would like to add that last July, the Government of Canada published a paper—I'm trying to remember whether it was a Green or White Paper—in any case the cover was red, outlining our position and philosophy on Medicare and the problems that we have seen develop as a result of extra-billing by doctors and specialists or as a result of user charges imposed with greater frequency by certain provinces.

Some 300,000 copies of this position paper were distributed to health care professionals, to concerned individuals and to members of the general public. We also mailed out information inserts along with family allowance and pension cheques. Since last summer, or since last June more precisely, discussions and local symposiums have been held at the community levels. These are known as community forums.

These forums were organized by local groups who were "pro-medicare". They invited well known local medical experts, deans of faculties, representatives of citizen groups, nurses, public hygienists—in short they invited a host of people to sit on panels at these forums. Debate was initiated at the local level about a subject which concerns all Canadians at one point or another in their lives, namely when they are ill. Of course, Medicare concerns everyone, but practically speaking, affects only a very small percentage of people, since most people do not need to use health care services.

Many organizations, including my department, have had access in the normal course of their work to the results of surveys on what the Canadian public thinks about Medicare and on what it wants.

Briefly, why did we table Bill C-3? When I became the Minister of Health some six years ago, extra-billing for patient services represented about \$50 million. Now, six years later, extra billing represents between \$100 and \$200 million, but closer to \$100 million. Of course, the exact figures are not available.

Je crois que ce chiffre qui résume tout, nous donne une image qui décrit le problème auquel nous sommes aux prises au Canada avec l'assurance-santé—le problème de l'érosion. Il

[Text]

me, is the most difficult challenge I had to meet, in terms of how erosion is proven or established. Erosion is a very slow disintegration of an entity. You know it when a house collapses because the ground underneath has collapsed. So, historically, we could be accused—and no one really knows—of having acted too fast. But I prefer to be accused of that rather than the opposite. Let us consider medicare as being a \$20 billion proposal, the cost being shared jointly by federal and provincial governments; but it is the program regarded as being most important in the eyes of Canadians since the subject has always been of interest to Canadians. Therefore we would not want to try to save it when it is too late. It is a system in which none of the players has the monopoly of making it function, but every one of them can stop it, be it a provincial government, the federal government, doctors as key players, nurses, and so on. All are involved. It is a system that I believe should be seen in the context of systems analysis, and we want to keep it in balance, to maintain the equilibrium that has been created. We cannot let disruption go too far, or it would not be possible to re-establish it. That is the main purpose of the bill.

Why did we not act under the old bill? One piece of legislation is 25 years old—namely, the Hospital Insurance and Diagnostic Services Act. Another piece of legislation is 15 years old—namely, the Medical Care Act, which provided for doctors' visits. That was the second segment of the medicare program in Canada. That legislation was supported by a cost sharing mechanism of funding. When we embarked on cost sharing, approximately seven or eight years ago, things became more difficult in the sense that when the federal government—probably rightly so—gave back almost full management of the program to the provinces, it lost its information base and the possibility of action through the normal bargaining power that was attached to reimbursing the bills. Every invoice produced by the provinces was scrutinized, and there was room for discussion and negotiation. But the system was too heavy, and that is why we got rid of it. By doing so, we also lost a certain leverage, and we found ourselves in a position where it was not clearly spelled out in the act that user fees or extra billing by doctors were clear breaches of the act.

In the 18 years of cost-sharing, any user fee that was illegal in the eyes of medicare was automatically deducted from the federal payments. There is a long history of such practice, which, it seems to me, is not well known to the public. Extra billing by doctors was at a very low level, and remained so for years. At first I thought that I could avoid introducing new legislation and that the tough economic times would monitor and police the system. Unfortunately that was not the case. Because of the recession, user fees and other extra charges to the patient began to increase, which left us no option but to clarify through a new piece of legislation—hence Bill C-3—that clearly the same old rules of the game applied, and will continue to apply, but that two particular overcharges were breaches of the act. At the same time the legislation clarified

[Traduction]

s'agit pour moi du plus grand défi que j'ai eu à relever, à savoir dans quelle mesure l'érosion est prouvée. L'érosion c'est l'usure graduelle d'une entité. On décèle sa présence lorsque la maison s'effondre, car le terrain sur lequel elle repose, s'effondre également. Ainsi, si l'on remonte en arrière, on pourrait nous accuser—et personne ne le sait vraiment—d'avoir agi trop vite. Je préfère cette accusation au reproche contraire. Supposons, par exemple, que l'assurance-santé soit un projet de 20 milliards de dollars dont le coût soit partagé à la fois par le gouvernement fédéral et les provinces. Il s'agit du programme le plus important de l'avis des Canadiens étant donné qu'il les intéresse depuis toujours. Nous ne voulons donc pas devoir tenter de le sauver lorsqu'il sera trop tard. Il s'agit d'un système dont personne ne détient le monopole du fonctionnement mais dont chacune des composantes peut arrêter le mouvement, qu'il s'agisse du gouvernement provincial, du gouvernement fédéral, des médecins qui y jouent un rôle clé, des infirmières et ainsi de suite. Tous sont en cause. Il s'agit d'un système, qui, selon moi, doit être considéré dans le contexte de l'analyse de systèmes. Nous voulons conserver l'équilibre qui y a été établie. Nous ne voulons pas qu'il continue à se disloquer étant donné qu'il serait impossible de le rétablir. Il s'agit là du principal objectif du projet de loi.

Pourquoi n'avons-nous pas agi avant? Nous avons affaire à une loi votée il y a 25 ans, je veux parler de la Loi sur l'assurance-hospitalisation et des services diagnostiques et d'une autre loi votée il y a 15 ans, la Loi sur les soins médicaux qui contient des dispositions concernant les visites de médecins. Il s'agissait du deuxième volet du système de soins médicaux au Canada. Ces lois reposaient sur un mécanisme de partage des frais de financement. Lorsque nous nous sommes lancés dans le partage des frais, il y a environ sept ou huit ans, les choses sont devenues plus difficiles lorsque le gouvernement fédéral—probablement avec raison—en redonnant aux provinces la presque totalité de leur autonomie a perdu sa base d'information et sa possibilité d'intervenir par le biais du pouvoir normal de la négociation qui accompagnait le remboursement des factures. Toute facture produite par les provinces faisait l'objet d'un examen minutieux et il était possible de discuter et de négocier. Les rouages du système étant trop compliqués, nous avons abandonné. Ce faisant, nous avons également perdu une certaine emprise et nous nous sommes retrouvés avec une loi dans laquelle il n'était pas précisé que les frais modérateurs ou la surfacturation étaient de véritables infractions à la loi.

Au cours des 18 années où nous avons partagé les frais, tout paiement exigé des usagers qui était illégal aux yeux de l'assurance-santé était automatiquement déduit des paiements fédéraux. Cela a duré très longtemps, mais je crois que le public n'en était pas conscient. Les médecins pratiquaient la surfacturation mais à un degré moindre et cela a duré des années. Au début, j'ai cru que je pourrais éviter de présenter une nouvelle loi, que la crise économique aurait raison du système. Ce ne fut malheureusement pas le cas. La récession a eu pour effet de faire monter les frais modérateurs et les autres frais de sorte que nous n'avons pas eu d'autre choix que de mettre les choses au clair par le biais d'une nouvelle loi—le projet de loi C-3—qui établit clairement que les anciennes règles du jeu s'appliquent et continueront à s'appliquer et que deux surfacturations

[Text]

that the only big stick that was at the disposal of the federal government to monitor or police the system was that all cash contributions to a given province might be withdrawn. This was considered not to be appropriate, in that it would not lead to maintaining the system, but, rather, would lead to a disruption of services, which would not help anyone. Therefore we are proposing a far more practical set of penalties, depending on the type of breaches involved. We hope that we will not have to act on them, but that is something that might develop, and therefore we have tried to produce a bill which would include penalties that could be enforced.

Perhaps I have talked too much and I should now allow honourable senators to question me.

The Chairman: Thank you, Madame Minister, for your introductory comments. May I say, for the interest and information of members of the committee, that there is one clause of the bill that I believe we should clarify. Madame Minister, I should like to pose the following question to you: In Bill C-3, which received first reading, clause 33 says:

This Act shall come into force or be deemed to have come into force on April 1, 1984.

Since we are rapidly approaching April 1, the committee would like to know whether, if we continue our study of the bill until the middle or the end of April—whenever we exhaust the number of witnesses, and when no one else wishes to appear—it will meet your approval, and the approval of your department, and, at the same time, come within the terms of the proposed act. This bill is an important one for Canadians. It is probably one of the most important pieces of legislation to come before Parliament this session, and we believe that all interested groups, such as consumers, suppliers and governments should be heard, and that we should give that legislation the sober second thought required of us. Since we are also expected to represent the regions of this country, which means the provinces, perhaps we should give the provinces an opportunity to be heard. Is it necessary that this bill be passed by April 1?

Hon. Miss Bégin: I will not tell your committee what is necessary, because I know full well that the committee will decide for itself. However, I fully realize that time is passing and that we are rapidly approaching April 1; also that the work of the Senate committee will make sense only if it is well done. Therefore the committee should take the time it considers necessary. The bill, in accordance with the new clause 34, is deemed to be passed by April 1—which means that the time needed can be taken. I believe, in barn door language, it means that the bill is retroactive. However, I am not a lawyer and I cannot vouch for that. However, I do understand that if it is “deemed” to be passed by April 1, then that has something to do with retroactivity.

[Traduction]

particulières constituaient des infractions à la loi. En même temps, le projet de loi expliquait que le seul moyen dont disposait le gouvernement fédéral pour contrôler ou réglementer le système était que tous les octrois au comptant accordés à une province devaient être retirés. Cela n'était pas considéré approprié étant donné qu'on ne pourrait ainsi maintenir le système et que cela entraînerait plutôt une perturbation des services qui ne servirait à personne. Nous proposons donc une série de pénalités beaucoup plus pratiques, selon l'infraction en cause. Nous espérons ne pas avoir à les imposer, mais comme tout est possible, nous avons tenté de préparer un projet de loi incluant des peines qui pourraient être appliquées.

Je me suis peut-être trop étendue sur le sujet. Je demanderais maintenant aux honorables sénateurs de me poser des questions.

Le président: Merci, madame le ministre. Permettez-moi de dire, à titre d'information pour les membres du Comité, qu'un article du projet de loi a, selon moi, besoin d'éclaircissements. Madame le ministre, j'aimerais vous poser la question suivante: Dans le projet de loi C-3, qui a franchi l'étape de la première lecture, il est stipulé à l'article 33:

La présente loi entre en vigueur ou est réputé entrer en vigueur le 1^{er} avril 1984.

Étant donné que cette date approche à grands pas, le Comité aimerait savoir, si, s'il poursuit l'étude du projet de loi, jusqu'au milieu ou à la fin d'avril—quand il aura épuisé la liste des témoins et que plus personne ne demandera à comparaître—celle-ci sera approuvée par vous et votre ministère et en même temps, cadrera avec les dispositions de la loi proposée—parce qu'il s'agit d'un projet de loi important pour tous les Canadiens. Il s'agit probablement d'un des projets de loi les plus importants qui sera présenté devant le Parlement au cours de la présente session et nous croyons que tous les groupes intéressés, notamment les consommateurs, les fournisseurs et les gouvernements doivent être entendus et que nous devons accorder à ce projet de loi le deuxième examen sérieux qu'il exige. Étant donné qu'on s'attend également de nous que nous représentions les régions de ce pays, ce qui veut dire les provinces, peut-être devons-nous leur donner l'occasion de comparaître. Est-il nécessaire que ce projet de loi soit adopté avant le 1^{er} avril?

L'honorable Mme Bégin: Je ne dicterai pas à votre Comité car la conduite qu'il doit adopter je sais fort bien qu'il en décidera lui-même. Toutefois, pour vous répondre sérieusement, je suis parfaitement consciente du fait que le temps passe et que le premier avril arrive à grands pas; je sais également que le travail du Comité sénatorial ne semblera logique que s'il est bien fait. Ainsi, le Comité devrait prendre tout le temps qu'il juge nécessaire. Le projet de loi, conformément au nouvel article 34, est censé être adopté d'ici le 1^{er} avril—ce qui veut dire qu'on peut prendre le temps qu'il faut. En termes plus simples, je crois que cela veut dire que l'application du projet de loi est rétroactive. Je ne suis toutefois pas avocate et je ne peux vous le garantir. A mon avis, cependant, lorsqu'on dit que la loi est «réputée» être entrée en vigueur le 1^{er} avril, on dit qu'elle sera rétroactive.

[Text]

With regard to my amendments, which you will receive as soon as they are printed, I am requesting, in connection with the automatic penalty against extra billing and user fees—which is the first reason d'être of the bill—that from a practical point of view, and to build the bank or pool of information that we need, it be applied as of July 1. As to the other eventual breaches and discretionary penalties, the bill will be deemed to be passed on April 1—but, of course, it is understood that you should take whatever time you judge to be appropriate.

Mr. Chairman, you have spoken of the committee work involved. The committee of the other place heard 125 witnesses. Most provincial ministers were invited to appear before the committee, but some declined. A variety of professional groups and individuals appeared before the committee, including nurses, dentists, doctors, consumer groups, and health economists. That will give you an idea of the range of witnesses heard.

Le sénateur Asselin: J'ai une question supplémentaire, si vous me le permettez. Je suis arrivé un peu en retard et je pense que madame le ministre vient de nous laisser entendre que les amendements ne sont pas encore déposés, mais qu'ils le seront.

Est-ce que le ministre, avant de déposer ces amendements, a eu l'occasion de les soumettre aux représentants des provinces et, dans l'affirmative, quelle a été leur réaction?

L'honorable Mme Bégin: Monsieur le président, à travers vous—sénateur Asselin, durant toutes les années de débat sur le problème ou si vous voulez, la crise de l'assurance-santé, à un moment donné j'ai finalement obtenu, en mai 1982, et tout le monde a accepté que nous contrôlions la surfacturation ainsi que les tickets modérateurs, ce qui voulait dire un petit peu d'«extrabilling» et de tickets modérateurs. Quelques mois après, ce consensus est brisé; ils m'ont appelée et ils m'ont dit: «C'est tout dans votre tête, il n'y a pas de problème».

Je me suis donc vue obligée à prendre une nouvelle attitude, qui était une loi fédérale. Alors comme on ne savait pas de quoi l'on parlait, je me suis entendue avec mes collègues provinciaux que ça ne servait à rien de parler et de créer des inquiétudes pour rien, que le mieux était de préparer une ébauche de projet de loi et de partir de là.

Le problème technique que vous connaissez bien comme sénateurs, c'est que l'on n'a pas le droit de se promener avec une ébauche de bill qui n'est pas un bill, c'est-à-dire qui n'a pas été déposé en Chambre d'abord.

Alors je l'ai déposé en Chambre techniquement et tout d'abord, les ministres l'ont reçu au même moment. Je suis tout de suite partie rencontrer chaque ministre provincial. C'était le premier texte réel. J'ai alors demandé à chacun de soumettre leurs amendements et depuis, ils nous les ont soumis.

Le sénateur Asselin: Est-ce que les amendements que vous proposez au Parlement ont été soumis aux autorités provinciales?

[Traduction]

Passons aux modifications que je propose et que vous recevrez dès qu'elles auront été imprimées; j'y demande que la pénalité automatique pour la surfacturation et les frais modérateurs—qui est la principale raison d'être du projet de loi—j'y demande donc que du point de vue pratique de façon à bien rassembler l'ensemble des renseignements dont nous avons besoin, que cette disposition entre en vigueur le 1^{er} juillet. Quant aux autres infractions et pénalités discrétionnaires, le projet de loi sera réputé être entré en vigueur le 1^{er} avril; il va de soi toutefois que vous devez prendre le temps que vous jugez nécessaire pour l'étudier.

Monsieur le président, vous avez parlé du travail du Comité à cet égard. Le comité de la Chambre des communes a entendu 125 témoins; la majorité des ministres provinciaux ont été invités à comparaître mais certains d'entre eux ont refusé. Ont comparu devant le comité divers groupes professionnels et des particuliers dont des infirmières, des dentistes, des médecins, des groupes de consommateurs, et des économistes sanitaires. Cela vous donne une idée de l'éventail des témoins que nous avons entendus.

Senator Asselin: I have a supplemental. I was a little late in arriving and I think that Madam Minister has just led us to understand that the amendments have not yet been tabled, but that they will be shortly.

Has the Minister had the opportunity to discuss these amendments with her provincial counterparts and, if so, what was their reaction?

Hon. Miss Bégin: Mr. Chairman, to answer Senator Asselin's question, may I say that in the course of the Medicare crisis, I finally obtained a consensus in May 1982 on the issue of control of extra-billing and user charges, which meant that some extra-billing and user charges would be permitted. Several months later, we no longer had a consensus. They called me and told me: "It's all in your head, there's no problem".

I found myself forced to adopt a new position, which is reflected in the proposed legislation. Since there was some confusion, I came to an agreement with my provincial counterparts that there was no point in talking and getting people worried for no reason and that the best thing to do was to prepare a draft bill and then proceed from there.

You Senators are well aware of the technical problem here. We cannot go around discussing a draft bill which has not yet been officially tabled in the Commons.

Therefore, to satisfy this requirement, I tabled the bill formally in the Commons and all of the ministers received a copy of it at the same time. I then proceeded to meet with each provincial minister to discuss the text of the bill and to ask whether they had any amendments to propose.

Senator Asselin: Have the amendments which you are proposing to Parliament been submitted to the provincial authorities?

[Text]

L'honorable Mme Bégin: Ils sont le fruit de leurs demandes depuis ma visite à chacune des provinces, au début de janvier.

Le sénateur Asselin: Ils ne leur ont pas été soumis depuis?

L'honorable Mme Bégin: Je ne comprends pas votre question.

Le sénateur Asselin: Vous déposerez les amendements à l'autre endroit. En fait, ils ont déjà été déposés. Nous aurons donc ces amendements devant nous. Ces amendements résultent d'objections de certains groupes de pression ou des provinces. Est-ce que les amendements que vous avez déposés ont été soumis pour étude au préalable?

L'honorable Mme Bégin: Ce n'est pas tout à fait la procédure suivie. Les amendements émanent de ce que m'ont demandé les provinces. Si vous voulez savoir si le mot à mot des amendements a été soumis aux provinces, la réponse est non. Les amendements ont été déposés au comité. Ils ont été élaborés avec les hauts fonctionnaires.

Le sénateur Asselin: C'est ce que je voulais savoir.

L'honorable Mme Bégin: Les groupes de pression ont aussi participé. Plusieurs amendements ont été télégraphiés au fur et à mesure. Cela n'a pas été fait le même jour. Le travail du comité a considérablement changé la première série d'amendements. Il y en a une série qui a été communiquée par télex à certaines provinces. La totalité le sera demain.

Le sénateur Frith: Si je comprends bien, cela veut dire que les autorités provinciales ont été les co-auteurs, d'un certain point de vu des amendements qui ont été déposés?

L'honorable Mme Bégin: Non. I cannot say that. We must not forget that some of the amendments were made before the committee. I started by tabling a list of possible amendments introduced by the government. These amendments were sent to the provinces and, I hope, were at the request of the provinces, though they were not negotiated word for word with the provinces. They are federal government amendments which have been modified in committee by the parties represented.

Senator Haidasz: May I say as a practising physician that the people of Canada have been protected eminently from the cost of medical care by the Hospital Insurance and Diagnostic Services Act of 1957 and the Medical Care Act of 1966 and, I would add as a partisan Liberal, both brought in by Liberal governments. Now the minister is trying, I believe sincerely, to improve access to adequate health services throughout Canada by Bill C-3, the Canada Health Act. Will the minister tell us how this act—

Senator Tremblay: Senator Haidasz, I have a point of order. Do we have the time necessary to give sound consideration to this bill, including the final amendments which will be tabled in the other place by the minister, and to determine whether or

[Traduction]

Hon. Miss Bégin: The proposed amendments are the end result of my visits to each of the provinces in early January.

Senator Asselin: Have provincial officials been apprised of these amendments since then?

Hon. Miss Bégin: I'm not sure I understand your question.

Senator Asselin: You will be tabling the amendments in the other place. In fact, they have already been tabled. Therefore, they will soon be before us for consideration. These amendments flow from objections raised by certain pressure groups or by the provinces. What I would like to know is whether these amendments were reviewed by the provinces prior to their tabling in the House.

Hon. Miss Bégin: That's not exactly the procedure that was followed. These amendments came about as a result of my meetings with the provinces. If you want to know whether the provinces had an opportunity to study the exact wording of these amendments, then the answer is no. The amendments were tabled to the Committee and were drafted with the help of senior officials.

Senator Asselin: That's what I wanted to know.

Hon. Miss Bégin: Pressure groups also had a hand in drafting these amendments. A number of amendments were telegraphed to us. This was not a one-day affair. The Committee made substantial changes to the first series of amendments. One series was telexed to certain provinces. The remainder will be sent off tomorrow.

Senator Frith: If I understand correctly, you are saying that provincial authorities co-authored, so to speak, the amendments that were tabled in the House?

Hon. Miss Bégin: No. Je ne peux pas vraiment dire cela. Vous ne devez pas oublier que certaines des modifications ont été apportées lors de réunions du comité. J'ai commencé par présenter une liste des modifications que pourrait proposer le gouvernement. Ces modifications ont été envoyées aux provinces à leur demande, je l'espère, bien qu'on n'en ait pas négocié le libellé exact avec elles. Il s'agit de modifications proposées par le gouvernement fédéral lors de réunions auxquelles participaient les parties représentées.

Le sénateur Haidasz: A titre de médecin pratiquant, j'aimerais dire que les Canadiens ont été très bien protégés des coûts des soins médicaux par la Loi sur l'assurance-hospitalisation et les services diagnostiques de 1957 et par la Loi sur les soins médicaux de 1966; je suis heureux d'ajouter, à titre de libéral partisan, que ces deux lois ont été présentées par des gouvernements libéraux. Le ministre essaie maintenant, je crois sincèrement, d'améliorer l'accès à des services de santé adéquats dans le pays tout entier en présentant le projet de loi C-3, la Loi canadienne sur la santé. Peut-elle nous dire comment cette loi...

Le sénateur Tremblay: Sénateur Haidasz, j'aimerais invoquer le Règlement. Disposons-nous de suffisamment de temps pour étudier en profondeur ce projet de loi, y compris les dernières modifications qui seront déposées dans l'autre endroit par le ministre, et pour déterminer si elles correspondent aux

[Text]

not the amendment correspond with the concerns of the provinces and other groups? I would like to have this clarified before we go into the substance of the bill which, as I understood it, Senator Haidasz was about to discuss.

The Chairman: It is my understanding that we have all the time the committee desires whether it is the month of March or the month of April, to study the bill and to report back to the Senate when we have reached a satisfactory conclusion. We have the power to call any witnesses whether they be from the provinces, from the profession or consumers to hear their viewpoints. When the bill comes from the other place and following second reading in the Senate we shall study it but at the present time we are doing a pre-study. The full amendments will come later, after second reading in the other place. So we can take our time and do as good a job as we in the Senate always do and ensure that all regions and areas of the country are represented well.

Senator Tremblay: Thank you, Mr. Chairman. I withdraw my point of order.

Senator Haidasz: Claude 3(c) states:

to facilitate reasonable access to health services without undue financial or other barriers.

The minister has stated that the cost of health care is approximately \$24 billion annually and that extra billing by Canadian doctors totals only \$70 million yearly, which is 3/10 of 1 per cent of the total cost of our health care.

Senator Asselin: Did you say 17 per cent?

Senator Haidasz: I said \$70 million, which is only 3/10 of 1 per cent of the total cost of health care in Canada. Would the minister show us where in this act it ensures unimpeded access to health care for Canadians?

Hon. Miss Bégin: I will have to call you Dr. Haidasz in prefacing my reply.

Senator Tremblay: Senator Haidasz.

Hon. Miss Bégin: I did say "Dr. Haidasz" because the way you put the case reflects only one view of the picture, if I may say so in all friendship.

I would submit that those who view the percentage of the amount of total extra billing against the total cost—not only the cost of Medicare but the cost of other health services which are not covered by Medicare—have an irrelevant and distorted statistical picture of the situation. I would like to ask you, senator how such a correlation can be established. What is the correlation you are trying to establish? The total amount of extra billing is the amount of extra individual dollars requested from the customer. It is money which the user must pay at the moment of the usage of the service which means, at the worst times, that the person is sick.

Senator Asselin: What is the average amount of extra billing, anyway?

[Traduction]

préoccupations des provinces et des autres groupes intéressés. J'aimerais bien connaître la situation avant qu'on ne passe à l'étude de la teneur du projet de loi, question que le sénateur Haidasz s'appropriait à aborder, si je ne me trompe.

Le président: Je crois comprendre que nous disposons de tout le temps nécessaire, que nous pouvons prendre le mois de mars ou même le mois d'avril, pour étudier le projet de loi et en faire rapport au Sénat lorsque nous aurons abouti à une conclusion satisfaisante. Si nous le désirons, nous pouvons convoquer comme témoins des représentants des provinces, du secteur médical ou des consommateurs afin de connaître leurs opinions. Lorsque le projet de loi reviendra de l'autre endroit et aura reçu sa deuxième lecture au Sénat, nous l'étudierons; pour l'instant, nous en faisons une étude préliminaire. La totalité des modifications viendront après la deuxième lecture dans l'autre endroit. Nous pouvons donc prendre notre temps et faire du bon travail comme le Sénat le fait toujours et nous assurer que toutes les régions et les secteurs du pays sont bien représentés.

Le sénateur Tremblay: Merci, monsieur le président; vous avez répondu à ma question.

Le sénateur Haidasz: L'alinéa 3(2)c) stipule que la politique a pour objectif:

de faciliter un accès satisfaisant aux services de santé, sans obstacles indu d'ordre financier ou autre.

Le ministre a dit que le coût des soins médicaux s'élève à environ 24 milliards de dollars par an et que la surfacturation par les médecins ne représente que 70 millions de dollars par an, soit 0,3 p. 100 du coût total de nos soins médicaux.

Le sénateur Asselin: Vous avez bien dit 17 p. 100?

Le sénateur Haidasz: J'ai 70 millions, ce qui ne représente que 0,3 p. 100 du coût total des soins médicaux au Canada. Le ministre pourrait-elle nous dire à quel endroit dans ce projet de loi assure-t-on aux Canadiens un accès sans obstacle aux soins médicaux?

L'honorable Mme Bégin: Lorsque je vous répondrai, je devrai vous appeler Docteur Haidasz.

Le sénateur Tremblay: Sénateur Haidasz.

L'honorable Mme Bégin: J'ai bien dit Docteur Haidasz parce que la façon dont vous présentez l'affaire ne reflète qu'un aspect de la question, si je puis vous le signaler en tout amitié.

A mon avis, ceux qui comparent la surfacturation aux coûts totaux—non seulement aux coûts des soins médicaux mais également aux coûts des autres soins de santé qui ne sont pas couverts par l'assurance-maladie—ont une idée fausse, au point de vue statistique, de la situation. J'aimerais vous demander, sénateur, comment on peut arriver à un tel rapport. Quel rapport tentez-vous d'établir? Le montant total de la surfacturation est le montant supplémentaire qu'on demande aux clients. Il s'agit de la somme que l'utilisateur doit verser au moment où il fait appel au service, c'est-à-dire, au pire, quand il est malade.

Le sénateur Asselin: Quel est le montant moyen de la surfacturation?

[Text]

L'honorable Mme Bégin: Cela augmente à tous les ans depuis cinq ans. Cette année, le strict minimum sera 75 millions de surfacturation par les médecins, habituellement les spécialistes. Nous ne pouvons pas donner de moyenne, car c'est une courbe qui augmente très régulièrement.

So the problem we are facing is that "X" number of Canadians everywhere in the country, or more in certain areas, are faced with amounts which could vary from \$25 to \$1,000 or more. When that is linked to breach of accessibility, we are faced with the problem that individual Canadians will not come before the courts and say that for \$25, for example, they were denied access. They will not do this because they are shy, Canada, with the exception of the three major cities, is a country of small towns and communities where everyone knows everyone else. An individual really cannot take the risk of not having the doctor's service. The patient may not be able, or willing, to come and prove that \$25 is the sum of money he or she cannot pay. Nevertheless, that \$25 is detrimental. In many cases it will prevent the person from going to the doctor, be she a young mother with babies and small means, or be he or she a senior citizen on a fixed income. Thus, we cannot wait for Canadian citizens to come and establish a case of discrimination and breach of accessibility, in particular, which is what I was trying to describe as the Canadian background to the situation. That is to say, how can the ordinary user oppose the doctor? That is really the problem when we speak of extra billing.

The same situation applies as when one goes to a hospital and has to pay daily user fees. However, in the hospital situation it is the individual versus the institution, and there it is the anonymity which frightens the individual. In the doctor's office it is the exact opposite—patient and doctor know one another too well.

I have received hundreds of letters from people across the country in this regard. I can recall in particular receiving letters from Albertans in which they state how much they have been overcharged by their doctors. They relate how the doctor, the nurse or the doctor's secretary has asked whether or not they went to Hawaii for a week in February. The reply was yes, they had and what was wrong with that, they had received a lump sum payment with which they had bought a trip at a lower cost. In some cases they were asked whether or not they owned a colour TV. What can that patient reply? There is a psychological pressure which has been exercised which probably amounts to a denial of accessibility but cannot be proven as such in court.

Senator Haidasz: Mr. Chairman, the crux of my question is this. Since this bill is only a bill which, primarily, will impose financial penalties on provinces which allow extra billing, I still feel that it does not ensure unimpeded access to medical care by Canadians because extra billing and opting out will still exist after this bill is passed by or after April 1.

Hon. Miss Bégin: Senator Haidasz is right in saying that it is not imposed because it cannot be imposed, just as the federal

[Traduction]

Hon. Miss Bégin: The amount has increased every year for the past five years. This year, extra-billing by doctors, usually specialists, will amount at the very least to \$75 million. We cannot give you an average figure, since this curve increases on a very regular basis.

Ainsi, un nombre «X» de Canadiens, le nombre varie d'une province à l'autre, doivent payer entre 25 \$ et 1 000 \$ et même plus. Quand cette pratique représente un obstacle au libre accès, à des soins médicaux, cela veut dire que les Canadiens n'iront pas se plaindre devant les tribunaux que pour 25 \$ par exemple, on leur a refusé des soins médicaux. Ils ne le feront pas parce qu'ils sont gênés. Le Canada, à l'exception de trois grandes villes, est un pays de petites villes et collectivités où tout le monde se connaît. Un particulier ne peut vraiment pas prendre le risque de se mettre son médecin à dos. Le malade n'est peut-être pas en mesure, il n'est peut-être même pas disposé à le faire, de prouver qu'il ne peut pas payer les 25 \$. Néanmoins, ces 25 \$ causent un préjudice. Dans bon nombre de cas, cela empêchera la personne d'aller visiter le médecin, qu'il s'agisse d'une jeune mère avec des bébés et peu d'argent, ou d'une personne âgée à revenu fixe. Nous ne pouvons donc pas attendre que les Canadiens se plaignent devant les tribunaux de discrimination et d'infraction aux dispositions sur l'accessibilité. C'est ce que j'essayais de décrire quand je parlais de la situation au Canada. Comment l'utilisateur moyen des services médicaux peut-il s'opposer à son médecin? C'est le problème central lorsque l'on parle de surfacturation.

La même situation s'applique lorsque quelqu'un entre à l'hôpital et doit payer des frais modérateurs quotidiens. Toutefois, dans ce contexte, le particulier se bat contre l'hôpital et craint alors l'anonymat. Dans le bureau du médecin, la situation est complètement renversée car le malade et son médecin se connaissent trop bien.

J'ai reçu des centaines de lettres de Canadiens de toutes les régions à cet égard. Je me souviens plus particulièrement de lettres d'Albertains qui me disaient quel était le montant de la surfacturation présentée par leur médecin. Ils disent comment le médecin, l'infirmière ou la secrétaire du médecin leur ont demandé s'ils étaient allés à Hawaï une semaine en février. Ils répondaient et pourquoi pas? Ils y étaient allés parce qu'ils avaient reçu une certaine somme dont ils s'étaient servis pour acheter un voyage à prix économique. Certains se sont vus demander s'ils avaient un téléviseur couleur. Que peut répondre le patient? Des pressions psychologiques sont exercées et cela représente probablement un refus d'assurer un accès égal aux soins médicaux. On ne peut cependant pas le prouver devant les tribunaux.

Le sénateur Haidasz: Monsieur le président, le point crucial de ma question est le suivant. Puisque le projet de loi vise, principalement, à imposer des pénalités financières aux provinces qui permettent la surfacturation, je demeure d'avis que le projet de loi n'assure pas un accès sans obstacles aux soins médicaux pour les Canadiens parce que la surfacturation et la désaffiliation seront toujours permises après l'adoption du projet de loi, le 1^{er} avril ou après.

L'honorable Mme Bégin: Le sénateur Haidasz a raison de dire que ce libre accès n'est pas imposé parce qu'on ne peut pas

[Text]

government cannot impose a ban on extra billing. That would be judged to be contrary to the Constitution, and the difference in jurisdiction of powers. Thus, we have used our spending power to apply pressure through the imposition of penalties, which is something unpleasant to admit. However, we know full well that a buck is a buck is a buck for provinces, too. We know that the purpose was to reach a stage where there would be no extra billing with respect to user fees—an objective we think we can reach. We have given the provinces three years and if after three years, or at whatever moment within those three years, a province manages to readjust the situation we will give back the money taken away through the penalty. I think this is fair since we do not want a punitive bill; we want the program to get back on track the way in which it was originally conceived. The question remains: Will it work? I think it will. In most provinces we have received signals from health ministers and provincial governments which seem to indicate that in a gradual way a move toward the banning of extra billing has been taken.

Senator Haidasz: In other words, it is up to the provinces whether or not they will be able to facilitate access to medical care by going the way the minister said this afternoon, that is, moving towards the banning of extra billing and opting out. If that is so, can the minister tell us whether there is anything in either section 18 or 19 of the bill which will virtually prohibit the right of opting out by any physician in Canada?

Hon. Miss Bégin: No, Senator Haidasz, we are not regulating opting out in the sense that some doctors since the creation of Medicare have chosen as a matter of principle to opt out of provincial plans. That is not being touched in this bill; it is a provincial matter and we are not doing anything with respect to it. For example, at this moment in time there are two provinces with opted out physicians who may be reimbursed through the plans. I am speaking of Alberta and Nova Scotia. So, we are not regulating that aspect. We just do not want to see extra billing—I think we should call it by its name.

Senator Haidasz: Again, the crux of my question is: Does section 18 or 19 prohibit the province or the health plan from paying an opted out medical practitioner more than the schedule of fees in force in the provincial health plan?

Hon. Miss Bégin: The bill itself does not prohibit opting out. It does not force a province to regulate, for example, to forbid opting out. It simply does not want the physicians to overbill, whatever their status, be they in or out of their provincial plan. That can be reached by agreement, as in British Columbia; that can be reached by legislation, as in Québec.

[Traduction]

le faire, tout comme le gouvernement fédéral ne peut interdire la surfacturation. On jugerait qu'une mesure en ce sens irait à l'encontre des dispositions de la Constitution. Ainsi, nous nous sommes servis de notre pouvoir de répartition pour exercer des pressions par l'intermédiaire de l'imposition de pénalités, même s'il est un peu désagréable d'avoir à le reconnaître. Nous savons toutefois qu'un dollar c'est un dollar même pour les provinces. Nous savons également que l'objectif était d'arriver à un point où il n'y aurait aucune surfacturation au chapitre des frais modérateurs—objectif que nous croyons pouvoir atteindre. Nous avons donné aux provinces trois ans pour remédier à la situation; si, après trois ans, ou à n'importe quel moment pendant ces trois années, une province réussit à remédier à la situation, nous lui rendrons l'argent qu'elle avait dû verser sous forme de pénalités. Je crois que c'est juste, puisque nous ne voulons pas adopter un projet de loi punitif; nous désirons simplement que le programme redevienne ce qu'il était à l'origine. Une question demeure: Est-ce que cela fonctionnera? Je crois que oui. Les gouvernements provinciaux et les ministres de la Santé de la plupart des provinces semblent laisser entendre que, de façon progressive, ils s'orientent vers l'interdiction de la surfacturation.

Le sénateur Haidasz: En d'autres termes, c'est aux provinces qu'il revient de décider si elles assureront un libre accès aux soins médicaux en adoptant l'attitude proposée par le ministre cet après-midi, c'est-à-dire en s'orientant vers une interdiction de la surfacturation et de la désaffiliation. Si c'est le cas, le ministre peut-elle nous dire si, d'une façon quelconque, les articles 18 ou 19 du projet de loi interdisent pratiquement aux médecins canadiens de se désaffilier?

L'honorable Mme Bégin: Non, sénateur Haidasz, nous ne réglementons pas la désaffiliation dans le sens que certains médecins, depuis la création des programmes d'assurance-maladie, ont décidé, par principe, de se désaffilier des programmes provinciaux. Le projet ne touche pas du tout cette question; elle relève des provinces et le gouvernement fédéral ne prend aucune disposition à cet égard. Par exemple, actuellement, il y a deux provinces où des médecins désaffiliés pourraient recevoir des remboursements dans le cadre des régimes. Je parle de l'Alberta et de la Nouvelle-Écosse. Ainsi, nous ne réglementons pas du tout cette question. Nous désirons simplement mettre fin à la surfacturation puisqu'il faut l'appeler par son nom.

Le sénateur Haidasz: Encore une fois, le point crucial de la question est le suivant: les articles 18 ou 19 empêchent-ils les provinces ou les programmes d'assurance-maladie de verser des taux plus élevés aux médecins désaffiliés que ceux prévus dans le barème des honoraires autorisés par le programme provincial d'assurance-maladie?

L'honorable Mme Bégin: Le projet de loi en soi n'interdit pas la non-participation. Il n'oblige pas les provinces à édicter des règlements, par exemple, interdisant la non-participation. Il vise tout simplement à empêcher les médecins de demander des honoraires additionnels, quelle que soit leur position, qu'ils participent ou non au régime de leur province. On peut y arriver en concluant une entente, comme en Colombie-Britannique, ou en adoptant une loi, comme au Québec.

[Text]

Senator Haidasz: Therefore this bill allows a provincial health plan to pay an opted-out physician over and above the scheduled fee, yes or no?

Hon. Miss Bégin: No.

Senator Haidasz: Then that is a very important interpretation of sections 18 and 19 and, if that is the intent of the bill, I hope that the provinces and the doctors that are opted out get the message.

Hon. Miss Bégin: Let us be clear about this. This is in order to get the full cash contributions from the federal government.

Senator Haidasz: No, my question is: Can a provincial health plan pay an opted-out physician the amount that that physician does not get because of the limited schedule of fees?

Senator Frith: Yes, but they have to pay a penalty for doing it.

Senator Haidasz: Then that is very important; this is the crux of the whole matter.

Senator Tremblay: May I address a question to Senator Haidasz?

Hon. Miss Bégin: I would like to clarify something. The intent of this bill is that what the provinces pay is the full amount. If the doctors get more money on the side, we will deduct that from what we give to his province.

Senator Haidasz: You will get that extra money from whom?

Hon. Miss Bégin: From the customer.

Senator Haidasz: But there is no record of it, because an opted-out physician does not get paid by the plan.

Hon. Miss Bégin: I am sorry, they do in Nova Scotia and Alberta, Dr. Haidasz.

Senator Haidasz: But not in Ontario.

Senator Tremblay: That was the intent of my supplementary question.

Hon. Miss Bégin: Do you want me to take the Ontario model? OHIP payment must be payment in full.

The Chairman: Do you mean payment in full in a commission sense or payment in full in a patient sense?

Le sénateur Tremblay: Est-ce qu'un médecin qui n'est pas dans le système d'assurance-santé n'est pas comptabilisé dans les dépenses de la province auquel le fédéral participe?

L'honorable Mme Bégin: Vous parlez en québécois! Cela s'applique seulement au Québec, sénateur Tremblay, et c'est seulement au Québec qu'un petit nombre de médecins, neuf je crois sont complètement en-dehors du système. Les médecins et les patients sont complètement en dehors du système d'assurance-santé, ils ne comptent pas. Cela n'est pas compliqué, il n'existe pas dans les statistiques, si j'ose m'exprimer ainsi. Cela s'applique seulement au Québec.

[Traduction]

Le sénateur Haidasz: Par conséquent, ce projet de loi permet à un médecin qui s'est désaffilié de recevoir des honoraires supérieurs aux barèmes établis, oui ou non?

L'honorable Mme Bégin: Non.

Le sénateur Haidasz: Voilà donc une très importante interprétation des articles 18 et 19 et, si c'est là l'intention du projet de loi, j'espère que les provinces et les médecins qui se sont désaffiliés comprendront le message.

L'honorable Mme Bégin: Soyons précis. C'est dans le but d'obtenir la pleine contribution du gouvernement fédéral.

Le sénateur Haidasz: Non, ma question est la suivante: un médecin qui s'est désaffilié peut-il recevoir par l'intermédiaire de son régime provincial la somme qu'il ne peut obtenir en raison des limites que lui impose le barème des honoraires?

Le sénateur Frith: Oui, mais la province paiera une amende.

Le sénateur Haidasz: C'est très important; c'est le nœud de toute l'affaire.

Le sénateur Tremblay: Puis-je poser une question au sénateur Haidasz?

L'honorable Mme Bégin: J'aimerais préciser une chose. Le projet de loi vise à assurer que les provinces versent le montant total. Si les médecins obtiennent des honoraires supplémentaires, nous le déduirons de la somme que nous avons accordée à la province.

Le sénateur Haidasz: De qui obtiendrez-vous ce montant supplémentaire?

L'honorable Mme Bégin: Du client.

Le sénateur Haidasz: Mais ce ne sera consigné nulle part puisqu'un médecin qui s'est désaffilié du système n'est pas rémunéré par le régime.

L'honorable Mme Bégin: Je regrette, mais c'est ainsi que ça se passe en Nouvelle-Écosse et en Alberta, Monsieur Haidasz.

Le sénateur Haidasz: Mais pas en Ontario.

Le sénateur Tremblay: C'était l'objet de ma question supplémentaire.

L'honorable Mme Bégin: Voulez-vous que je prenne l'exemple de l'Ontario? Le paiement de l'OHIP doit être total.

Le président: Le paiement total au sens d'une commission ou au sens du malade?

Senator Tremblay: I thought that a doctor who had opted out of Medicare was not included in the expenditure accounting of a province to which the federal government contributes. Is this correct?

Hon. Miss Bégin: You are speaking in "Québécois"! This applies only in Quebec, Senator Tremblay, since it is only in that province that there is a small number of doctors—nine I believe—who have completely opted out of the system. The doctors and patients operate completely outside the Medicare system and therefore are not counted. For statistical purposes, they do not exist, if I dare say so. But this applies only in Quebec.

[Text]

Senator Tremblay: That is only in the case of Quebec, but I would like to ask Senator Haidasz to go a little further in his own question.

Hon. Miss Bégin: Yes.

Senator Tremblay: In the case of a physician who does not participate in a provincial plan, all of the fees of that physician are not covered by the federal health insurance plan?

Hon. Miss Bégin: No. We have three models in Canada—and I can be corrected in this if I am wrong. We have the Quebec model or situation. In Quebec, if the doctor has opted out, he or she and the patient are opted out and they do not see the colour of public monies. Therefore they do not appear in any of the public health statistics.

Senator Tremblay: They are not included in the amounts provided—

Hon. Miss Bégin: Absolutely not. They are not on the map at all from the viewpoint of government subsidy.

In all of the other provinces, with the exception of Alberta and Nova Scotia, the patient is reimbursed from the provincial plan and must pay that amount to the doctor. The doctor, in turn, tries to get more money from the patient—and let us not forget, we are talking about a minority here, because most doctors do not extra-bill.

In Alberta and Nova Scotia, the doctors are reimbursed directly by the plan and receive the balance of their fees from the patient. The model of Ontario and the five or six other provinces is more of a deterrent against extra-billing than the model of Alberta and Nova Scotia because the doctor must use a collection agency to get after the patient, and many doctors have opted back into OHIP because they have rediscovered what they had perhaps forgotten: Before medicare, doctors could not collect more than 65 to 80 per cent of their invoices because people could not afford to pay, or would disappear or whatever.

However, the Alberta model is, in a sense, bad from the point of view of the integrity of medicare because the doctors have their cake and eat it too. They are sure of a reimbursement by the plan directly, plus the patient extra-billing.

Senator Haidasz: Just to clarify this point: Therefore, the Canada Health Act does not take away the right of any doctor to opt out of any provincial health plan?

Hon. Miss Bégin: No it does not.

Senator Haidasz: Then that is all I have, Mr. Chairman. Thank you.

Senator Phillips: I notice in the title of the bill, it refers to:

[Traduction]

Le sénateur Tremblay: C'est uniquement le cas du Québec, mais j'aimerais demander au sénateur Haidasz d'approfondir sa question.

L'honorable Mme Bégin: Oui.

Le sénateur Tremblay: Prenons le cas d'un médecin qui ne participe à aucun régime provincial; tous ses honoraires sont-ils couverts par le régime d'assurance-maladie du gouvernement fédéral?

L'honorable Mme Bégin: Non, il existe trois modèles différents au Canada, et vous me reprendrez si je me trompe. Nous avons le modèle, ou la situation, du Québec. Au Québec, si le médecin s'est désaffilié, son malade est désaffilié du même coup et ni l'un ni l'autre ne voient la couleur des deniers publics. C'est pourquoi ils ne sont pas pris en compte dans les statistiques sur la santé publique.

Le sénateur Tremblay: Ils ne sont pas pris en compte dans les montants versés . . .

L'honorable Mme Bégin: Absolument pas; ils n'existent pas du tout dans le calcul du financement gouvernemental.

Dans toutes les autres provinces, à l'exception de l'Alberta et de la Nouvelle-Écosse, le malade est remboursé par le régime de sa province et doit verser le montant aussi obtenu au médecin. À son tour, le médecin tente de tirer plus d'argent de son malade et, ne l'oublions pas, il s'agit ici d'une minorité parce que la plupart des médecins ne recourent pas à la surfacturation.

En Alberta et en Nouvelle-Écosse, les médecins sont remboursés directement par le régime et obtiennent le reste de leurs honoraires de leurs malades. Le modèle de l'Ontario et des cinq ou six autres provinces dissuade davantage la surfacturation que le modèle de l'Alberta et de la Nouvelle-Écosse puisque le médecin doit recourir à un organisme de perception pour obtenir ses honoraires du malade, et de nombreux médecins se sont réaffiliés à l'OHIP après avoir redécouvert ce qu'ils avaient peut-être oublié: avant le régime d'assurance-maladie, les médecins ne pouvaient percevoir plus de 65 à 80 p. 100 de leurs honoraires étant donné que les gens n'avaient pas les moyens de payer ou disparaissaient de la circulation.

Toutefois, en un sens, le modèle de l'Alberta est mauvais du point de vue de l'intégrité du régime d'assurance-maladie en ce sens que les médecins peuvent avoir le beurre et l'argent du beurre. Ils sont sûrs d'être remboursés directement par le régime et d'obtenir des honoraires supplémentaires en surfacturant leurs malades.

Le sénateur Haidasz: Permettez-moi de clarifier ce point: par conséquent, la Loi canadienne sur la santé ne retire pas aux médecins le droit de se désaffilier du régime d'assurance-maladie de leur province?

L'honorable Mme Bégin: C'est exact.

Le sénateur Haidasz: C'est tout ce que je voulais savoir, monsieur le président; je vous remercie.

Le sénateur Phillips: Je remarque dans le titre du projet de loi qu'il concerne

[Text]

... amounts payable by Canada in respect of extended health care services and to amend and repeal certain Acts in consequence thereof.

Then in what I would describe as a constitutional preamble to the bill, it says:

AND WHEREAS the Parliament of Canada wishes to encourage the development of health services throughout Canada by assisting the provinces in meeting the costs thereof;

After reading those sections, I was left with the impression that the federal government is increasing its contribution to the provinces. Having read the bill and the evidence presented before the committee in the other place, I am afraid I do not find any increase. I would therefore like to ask the minister what increase in federal funding to the provinces occurs, and what is the increase beyond the present EPF and tax transfers?

Hon. Miss Bégin: The word "increase" does not appear in the bill. I do not understand the reference to it, senator.

Senator Phillips: I used the word "increase" because that was the impression that was left with me when the bill refers to the amounts payable and assisting the provinces in meeting costs thereof. That left me with the general impression that you were increasing the assistance to the provinces. My question is: What assistance is granted beyond the present EPF and the tax transfer?

Hon. Miss Bégin: The EPF legislation is the only vehicle which funds medicare in Canada. It includes, by legislation, a formula of yearly increase in addition to indexation. I am sorry if you got the wrong impression, senator, but if you read the wording, I think it is pretty clear. We are not changing the rules of the game. As I said when I started speaking, it would be very inappropriate to put additional burdens on the provinces because, although we are no longer functioning in a strict 50/50 funding program in practice we are still at around 50 per cent nationally of the cost of medicare in Canada. In fact, we are funding 50 per cent or more in eight of the ten provinces, hence the national average. If we contribute more money, I think it is only fair to ask the provinces to contribute more money. In my views, it is a wrong concept to assume, at this time, that any of the players in the game have more money than any of the others.

So, there are yearly increases bigger than indexation built into the Established Program Financing Arrangement, and that is what it is all about. We are not increasing the basic health services that must be insured. You will find that the new list is the same as the old one.

[Traduction]

«... les montants payables par le Canada pour les programmes de services complémentaires de santé, et modifiant certaines lois en conséquence»

Puis, dans ce que je décrirais comme étant le préambule constitutionnel au projet de loi, on lit:

«considérant en outre que le Parlement du Canada souhaite favoriser le développement des services de santé dans tout le pays en aidant les provinces à en supporter le coût;»

Après avoir lu ces paragraphes, j'ai eu l'impression que le gouvernement fédéral allait augmenter sa contribution aux provinces. Après avoir lu le projet de loi et entendu les témoignages soumis au comité de la Chambre des communes, je trouve qu'il n'est question d'aucune augmentation. J'aimerais aussi demander au ministre de quel ordre serait l'augmentation du financement fédéral aux provinces et quel est le montant de l'augmentation au-delà de l'actuel financement des programmes établis et des transferts d'impôts?

L'honorable Mme Bégin: Le terme «augmentation» ne paraît pas dans le projet de loi. Je ne comprends pas à quoi vous faites allusion, sénateur.

Le sénateur Phillips: J'utilise «augmentation» parce que j'ai eu l'impression qu'il s'agissait bien de cela en lisant que le projet de loi concernait les montants payables et l'aide accordée aux provinces pour assumer le coût des services de santé. J'ai donc eu l'impression générale que vous alliez accroître l'aide aux provinces. Ma question est donc celle-ci: quelle aide est accordée outre le financement prévu aux termes de l'accord de financement des programmes établis et des transferts d'impôts?

L'honorable Mme Bégin: La Loi sur les accords fiscaux entre le gouvernement fédéral et les provinces sur le financement des programmes établis est le seul mécanisme qui permette de financer les soins médicaux. La Loi prévoit une formule d'augmentation annuelle qui s'ajoute à l'indexation. Je suis désolée que vous ayez mal compris, sénateur, mais si vous lisez bien la libellé, vous verrez qu'il est très clair. Nous ne sommes pas en train de changer les règles du jeu. Comme je l'ai dit au début, il sera inadmissible d'imposer aux provinces un fardeau additionnel parce que, quoique nous n'appliquions plus un programme de financement à parts égales, nous assumons, en pratique, quelque 50 p. 100 des coûts de l'assurance-maladie. De fait, nous finançons 50 p. 100 des coûts et même plus dans huit des dix provinces, d'où la moyenne nationale. Si nous devons verser des sommes additionnelles, je crois qu'il serait raisonnable de demander aux provinces qu'elles augmentent elles aussi leur contribution. A mon avis, il est erroné de présumer, à l'heure actuelle, que l'un des joueurs dispose de plus d'argent qu'un autre.

Par conséquent, les augmentations annuelles sont supérieures à l'indexation prévue aux termes de l'accord de financement des programmes établis, c'est le but visé. Nous n'augmentons pas le coût des services de santé fondamentaux qui doivent être assurés. Vous remarquerez que la nouvelle liste est pareille à l'ancienne.

[Text]

Senator Phillips: Mr. Chairman, throughout the evidence given before the committee of the other place, all of the provinces expressed a concern regarding the funding of the program. Perhaps I could assist the minister by referring to the brief which was submitted by the Province of Ontario. This brief is rather typical of all of those submitted to the committee of the other place. At page 14, the following appears:

Ottawa has already acted in the vital area of health care financing by abandoning a previous commitment to revenue guarantees under the Established Program Financing Arrangement. This will mean a total loss to the provinces of more than \$5 billion over a five-year period. Ontario is absorbing a loss of \$1.7 billion in funding with a net loss in health care alone of \$1.2 billion.

I am intrigued that the federal government is concerned with extra billing and the cost to the patient, but is reneging and changing the EPF formula so that it will cost the provinces \$5 billion over five years. I find it almost hypocritical to say on one hand the government is concerned with a patient being charged \$25, yet on the other hand pass \$5 billion over to the provinces. Why was there no consideration given to increasing the amount of money?

Hon. Miss Bégin: Despite my activist role, I must say that I was a total failure, Senator Phillips, in trying to convince the provincial governments to put the revenue guarantee money into health. The revenue guarantee is—and I suppose my colleagues will not like me describing it as this—like a “goody” that was added to the EPF formula on top of post-secondary education moneys and health moneys.

I should like to refer you to the communiqué which was released by the premiers of the ten provinces at the conclusion of their annual meeting of August, 1981, in which they stated extremely clearly that the revenue guarantee never belonged to health or post-secondary education. The least I can say is that that was not very clever on their part. How can I defend it and pretend it went into health services when they never put that money into health services?

Senator Phillips: In your opening remarks you said that the federal government has been paying approximately 50 per cent; Ontario stated that the Federal Government's share had declined from 45 per cent to 41 per cent; Alberta states that without the tax transfer points the federal government is only paying 14 per cent.

I should like to refer to the principle of visibility which is introduced in this bill and ask you—and in doing so I realize you have a different interpretation than do the provinces—what would happen if the Province of Alberta in its visibility said that the province is paying 86 per cent and the federal government is paying 14 per cent.

[Traduction]

Le sénateur Phillips: Monsieur le président, tous les témoignages soumis devant le comité de la Chambre des communes traduisent l'inquiétude des provinces face au financement du programme. Je pourrais peut-être aider le ministre en la renvoyant au mémoire qu'a soumis l'Ontario. Ce mémoire est un exemple typique de tous les mémoires soumis au comité de la Chambre. On peut y lire ceci à la page 14:

«Ottawa est déjà intervenu dans le domaine primordial du financement des services de santé en se soustrayant à un engagement antérieur ayant trait aux garanties de recettes, dans le cadre de l'accord de financement des programmes établis. Cette décision se traduira, pour les provinces, par une perte totale de plus de 5 milliards de dollars sur une période de cinq ans. L'Ontario absorbe une perte de 1,7 milliard de dollars en subventions, la perte nette dans le domaine de la santé se chiffrant à elle seule à 1,2 milliard de dollars sur cette période.»

Je m'étonne que le gouvernement fédéral se soucie de la surfacturation et des coûts assumés par les malades alors qu'il renonce et modifie la formule du financement des programmes établis de sorte qu'il en coûtera aux provinces 5 milliards de dollars sur cinq ans. Je trouve presque hypocrite de dire que, d'une part, le gouvernement s'oppose à ce qu'on réclame 25 \$ d'un malade alors que, d'autre part, il octroie 5 milliards aux provinces. Pourquoi n'a-t-on pas envisagé la possibilité d'augmenter le financement?

L'honorable Mme Bégin: En dépit de mon rôle d'activiste, je dois avouer que j'ai tout à fait échoué, sénateur Phillips, dans mes efforts de convaincre les gouvernements provinciaux d'affecter les garanties de recettes aux soins médicaux. La garantie de recettes est—je suppose que mes collègues n'aimeraient pas l'analogie—un genre de «prime» ajoutée au financement des programmes établis, en plus des fonds alloués à l'éducation postsecondaire et aux soins de santé.

J'aimerais vous renvoyer au communiqué de presse qu'ont publié les premiers ministres des dix provinces lors de la clôture de leur réunion annuelle, en août 1981, dans lequel ils ont déclaré, on ne peut plus clairement, que les recettes n'ont jamais été affectées aux soins de santé ou à l'éducation postsecondaire. Le moins qu'on puisse dire, c'est que ce n'était pas très intelligent de leur part. Comment puis-je prétendre que les recettes étaient affectées aux services de santé alors qu'eux ne s'en sont jamais servi à cette fin?

Le sénateur Phillips: Vous avez dit dans votre déclaration préliminaire que la contribution fédérale s'élevait à 50 p. 100 environ; or, l'Ontario a déclaré que la part du gouvernement fédéral était passée de 45 à 41 p. 100, tandis que l'Alberta affirme que, si l'on fait abstraction du transfert de points d'impôt, la contribution du gouvernement fédéral n'est que de 14 p. 100.

Je voudrais revenir à la notion de présence qui figure dans le projet de loi et vous demander—et je sais que votre interprétation est différente sur ce point de celle des provinces—ce qui arriverait si l'Alberta, en vertu de ce principe, affirmait que sa contribution était de 86 p. 100 et celle du gouvernement fédéral, de 14 p. 100.

[Text]

Hon. Miss Bégin: I was present when my counterpart, the Honourable David Russell, launched his document. I told him in front of all the media that it was quite a joke and that he was not very good in arithmetic. He counted the total health bill that appears in the provincial books against which he put only the cash contribution of the federal government. That is clearly misleading.

In eight of the provinces we pay approximately 50 per cent of medicare services. I have never pretended we have paid for services other than medicare services at the same rate. We have always paid—for the past 25 years—roughly 50 per cent of medicare, medicare meaning services administered by doctors and hospitals.

If you wanted to extend the federal share against the complete health bill—for example, ambulance services and nursing homes, which were never part of medicare services—we have always operated under a ratio of 40/60.

If we can get back to medicare—which is what I am always discussing—we have always been at or above 50 per cent, except in two provinces where we were slightly below, and by “slightly” I mean just a few percentage points. To illustrate that I will distribute to the members of the committee a table reflecting that.

As far as Alberta and British Columbia are concerned, we are just slightly below because of two different health burdens they carry. British Columbia has the long-term burden, I am told by my officials who have practised medicare, of a much higher ratio of doctors to population, with the costs that go with that.

Alberta has a more recent historical burden which they gave themselves because they built hospitals in almost every community with the heavy ongoing operational expenses involved in that. That is why in those two provinces the proportion of funding from the federal government is slightly less than 50 per cent.

Senator Phillips: Mr. Chairman, the minister in her reply stated that she never pretended that the federal funding referred to anything more than medicare, and that it did not include costs such as ambulance services. I think the members of the committee would consider such services to be part of a health care program. Bearing that in mind, I wonder why the short title of *Canada Health Act* was selected when the bill does not really cover the whole health field?

Hon. Miss Bégin: I will try to explain the major components of the system. Health in Canada is the proposal of some, as Senator Haidasz said, \$30 billion. That includes the private sector of health, for example dentists, which is quite an important component.

Senator Phillips: But very inexpensive.

Hon. Miss Bégin: I was just told that you are a dentist; I tried to gather as much information on all of you as I possibly could. The private sector of health consists of \$8 billion. So,

[Traduction]

L'honorable Mme Bégin: J'étais présente lorsque mon homologue, l'honorable David Russell, a présenté son rapport. Je lui ait dit carrément, devant la presse, que ce rapport était ridicule et qu'il n'était pas très fort en mathématiques. Il a calculé tous les frais de santé qui paraissent dans les rapports comptables provinciaux, et les a ensuite comparés à la contribution fédérale. Ce calcul est nettement trompeur.

Nous payons, dans huit provinces, environ 50 p. 100 des frais médicaux. Je n'ai jamais prétendu que nous ayons versé le même montant pour d'autres services. Nous avons toujours payé, donc, au cours des 25 dernières années, environ 50 p. 100 des frais médicaux, et j'entends par cela les services fournis par les médecins et les hôpitaux.

Si vous voulez calculer la contribution fédérale en fonction du montant total des soins de santé, qui englobent par exemple, les services d'ambulance et les maisons de repos, qui n'ont jamais été couverts par l'assurance-santé, la part que représente notre contribution a toujours été de 40 p. 100.

Pour en revenir aux soins médicaux—dont il a toujours été question, en fait—nous avons toujours payé au moins 50 p. 100 des frais, sauf dans le cas de deux provinces où notre contribution était légèrement inférieure, et par «légèrement», j'entends de quelques points de pourcentage. Je distribuerai un tableau aux membres du Comité pour illustrer cet exemple.

En ce qui concerne l'Alberta et la Colombie-Britannique, notre contribution est légèrement inférieure à ce chiffre puisque les frais de santé qu'elles doivent assumer sont différents. Dans le cas de la Colombie-Britannique, d'après mes fonctionnaires, le problème n'est pas nouveau: le rapport médecins/population étant beaucoup plus élevé qu'ailleurs, les frais le sont aussi.

L'Alberta, elle, a construit récemment des hôpitaux dans presque toutes les collectivités de la province et doit donc assumer les coûts d'exploitation considérables reliés à de tels projets. C'est pourquoi, dans ces deux provinces, la contribution fédérale est légèrement inférieure à 50 p. 100.

Le sénateur Phillips: Monsieur le président, le Ministre a déclaré n'avoir jamais prétendu que la contribution fédérale s'appliquait à des soins d'autres que les soins médicaux, par exemple aux services d'ambulance. Je crois pourtant que les membres du Comité sont d'avis que ces services font partie de tout programme de santé. Je me demande donc pourquoi on a choisi le titre abrégé de *Loi canadienne sur la santé* si le projet de loi ne couvre pas réellement tous les services de santé.

L'honorable Mme Bégin: Je vais essayer de vous expliquer les principales caractéristiques du régime. Les dépenses en matière de santé au Canada s'élèvent, comme le sénateur Haidasz l'a dit, à 30 milliards de dollars environ. Cela comprend également les services de santé offerts par le secteur privé, par exemple par les dentistes, qui en constituent une composante importante.

Le sénateur Phillips: Mais très peu onéreuse.

L'honorable Mme Bégin: On vient de m'apprendre que vous êtes dentiste; j'ai essayé d'obtenir le plus de renseignements

[Text]

from the \$30 billion \$8 billion is in the private sector of health, which, I think, will remain as such. Then the \$24 billion remains for the public sector of health out of which \$20 billion is medicare, for example doctors' visits, hospital services, and so forth.

So it is the major portion of health, and I think it is fair to call it the *Canada Health Act*.

I know that you spoke as a layman when you said you would consider ambulance services to be part of a health program. It is a health service but it is not a medicare service. Medicare is made up of two large components, one being hospital services, the list of which was negotiated in 1956 and appears in this bill, the other being doctors' visits, and I think that that is complete in itself and I do not have to spell it out. So, the list of insured services appears in the bill. That does not prevent any province from any addition which, of course, will continue to take place.

Senator Phillips: Mr. Chairman, I am still suspicious of the motive of terming this the *Canada Health Act*, but I will pass for now. I will pose my other questions later.

Le sénateur Tremblay: Peut-être que mon information n'est pas à jour, mais à l'article 25, par exemple, et à d'autres qui sont dans la catégorie des modifications corrélatives et des abrogations, je note des références à la loi des arrangements fiscaux de 1977.

L'honorable Mme Bégin: Oui.

Le sénateur Tremblay: Voici ma première question. Sauf erreur, il y a une nouvelle loi des arrangements fiscaux de 1982; est-ce que c'est exact ou pas?

L'honorable Mme Bégin: Il y a une nouvelle loi qui ne comporte que des amendments et ne remplace pas la loi de 1977. Elle ne fait que l'amender.

Le sénateur Tremblay: Sauf erreur, de nouveau, et là je n'ai pas eu le temps de vérifier, c'est seulement la façon dont les choses sont formulées dans l'article 25, notamment, qui m'amènent à poser une question d'information.

Sauf erreur, la loi de 1977, à moins que celle de 1982 ne l'aie modifiée, comportait des dispositions qui, finalement, aboutissaient au système dit des «block grants», à la fois pour la santé et le postsecondaire. Est-ce que c'est exact ou pas?

L'honorable Mme Bégin: Oui, c'est l'essence de la loi, en gros; les paiements sont de un tiers pour l'éducation postsecondaire, deux tiers pour la santé.

Le sénateur Tremblay: Mais il s'agit de «block grants». C'est l'approche engagée, si j'ai bonne mémoire, en 1972 ou dans les années qui ont suivies.

L'honorable Mme Bégin: En 1977, mais ceci est sous condition expresse, ce n'est pas des «block grants», sans condition. Ce sont des paiements forfaitaires qui doivent aller par loi à la

[Traduction]

possible sur vous tous. Les soins de santé fournis par le secteur privé représentent 8 milliards de dollars. Ainsi, sur les 30 milliards, 8 milliards vont au secteur privé; ce montant, d'après moi, ne changera pas. Sur les 24 milliards qui restent pour le secteur public, 20 milliards sont réservés aux soins médicaux proprement dits, dont les visites médicales, les services hospitaliers, etc.

Je crois donc qu'il est juste d'appeler cette mesure législative *Loi canadienne sur la santé* puisqu'elle couvre, la majeure partie des services de santé offerts au Canada.

Je sais que vous avez parlé en qualité de profane lorsque vous avez dit que les services d'ambulance devraient faire partie du programme de santé. Il s'agit bien d'un service de santé, mais il ne fait pas partie des services médicaux comme tels, qui comprennent deux grandes composantes: premièrement, les services hospitaliers, dont la liste a été négociée en 1956 et paraît dans le projet de loi, et deuxièmement, les visites médicales. Cette dernière catégorie est assez claire en soi, et je n'ai pas besoin de la décrire. Ainsi, la liste des services assurés figure dans le projet de loi. Les autres provinces sont libres d'en rajouter, ce qu'elles continueront évidemment à faire.

Le sénateur Phillips: Monsieur le président, j'ai encore des doutes quant aux raisons qui justifient le choix du titre *Loi canadienne sur la santé*, mais je ne veux pas en discuter maintenant. Je poserai mes autres questions plus tard.

Senator Tremblay: Perhaps my information is not quite up to date, but in section 25, for example, and in other sections calling for similar amendments and repeals, reference is made to the Fiscal Arrangements Act, 1977.

Hon. Miss Bégin: That is correct.

Senator Tremblay: My first question is this: If I am not mistaken, there is a new Fiscal Arrangements Act, 1982. Is that not correct?

Hon. Miss Bégin: The new act simply introduces some amendments. It is not meant to replace the 1977 legislation.

Senator Tremblay: Again, I have not had the time to check this out, and it is only because of the wording of section 25 that I ask this question.

If my memory serves me correctly and unless the 1982 legislation amended it, the Act of 1977 provided for a system of block grants for health care and post-secondary programs. Is that right?

Hon. Miss Bégin: Yes, that is the main thrust of the legislation. One third of the payments are for post-secondary education and the remaining two thirds are for health care services.

Senator Tremblay: But doesn't the legislation provide for block grants? That was the approach agreed upon, if my memory serves me correctly, in 1972 or at some later point in time.

Hon. Miss Bégin: It was in 1977. However, you must remember that block grants are not awarded unconditionally.

[Text]

santé. J'ajouterais tout de suite que la loi des programmes établis n'a pas remplacée les deux législations existantes de l'assurance-santé que je vous ai mentionnées.

Le sénateur Tremblay: Le montant transféré était global pour les deux programmes établis, avec cependant une indication précise de la destination d'une partie du montant total; vous venez de le dire, c'était un tiers pour le postsecondaire et deux tiers pour la santé.

Ma première question est la suivante: Est-ce que, avec l'amendement de l'article 25, on s'écarte de cette approche des arrangements fiscaux de 1977, l'approche des transferts globaux?

Ma deuxième question, comme vous le savez, madame le ministre, dans le cas du Québec, il y avait d'attaché aux transferts au titre de la santé, un certain nombre de points d'impôt perçus par la province. En regard du rendement de ces points d'impôt, un paiement d'ajustement était fait dans une direction ou dans l'autre. Si les point d'impôt rapportent plus que les montants calculés sur une base de participation 50-50, la province rembourse le gouvernement fédéral. Si c'est le cas contraire, que la participation du gouvernement fédéral à 50 p. 100 est plus élevée que ce que rapportent les points d'impôt, c'est le gouvernement fédéral qui fait un paiement d'ajustement.

C'est ma deuxième question. Est-ce que cette situation exclusive au Québec, que je sache, puisque c'est le Québec seulement qui, à l'époque du gouvernement Lesage, a précisément choisi la formule dite de l'«opting out»,—est-ce que cette situation, dis-je, est disparu avec les amendements que vous nous apportez ou si ce n'est tout simplement pas touché?

L'honorable Mme Bégin: Sénateur Tremblay, la clause 25 du projet de loi C-3 ne s'écarte absolument en rien de la règle du jeu des paiements forfaitaires au titre de la loi des programmes établis. Cette clause-ci, n'est qu'une clause de conséquence logique . . .

Le sénateur Tremblay: De concordance?

L'honorable Mme Bégin: De concordance, c'est cela. Elle n'en est pas une de substance ou de fond.

Votre seconde question en est une de substance sur le mode de paiement au Québec. Le régime que vous avez décrit, des points d'impôt comportant une technique de paiements de réajustement selon la fluctuation de la valeur des points d'impôt, a été créé en 1966 et offert à toutes les provinces à l'époque. Seul le Québec s'en est prévalu.

Cette situation n'existe plus depuis 1977 alors que la loi du financement des programmes établis a remplacée ce mode de faire, par un nouveau régime qui s'applique à toutes les provinces, au Québec comme à chacun des neufs autres, de paiements comptants faits mensuellement au ministre des Finances de la province, plus un transfert de points d'impôt. Les réajustements ont disparus.

Le sénateur Tremblay: Quand vous dites «plus un transfert de points d'impôt», faites-vous allusion, si j'ai bonne mémoire, au 16 points? Est-ce que c'était 16 ou 14?

[Traduction]

The law requires that the provinces use these lump sum payments for health care services. I want to add right away that the Established Programs Financing Act did not replace the two existing pieces of health care legislation I mentioned earlier.

Senator Tremblay: Therefore, a lump sum amount is paid for the two established programs, with specific instructions as to how the funds are to be used. As you just mentioned, one third of the funds are for post-secondary education and two thirds for health care services.

My first question is this: Considering the proposed amendment to section 25, do you not feel that we are straying from the approach first taken in the Fiscal Arrangements Act, 1977, namely the block grant approach?

My second question is this: as you know, Madam Minister, in the case of Quebec, there were a certain number of tax points collected by the province which were attached to these health transfers. With respect to the payment of these taxes, an adjustment payment was made by one party or the other. If the taxes bring in more than the amounts calculated on the basis of a 50-50 participation, the province repays the federal government. If it's the other way round, if the 50 per cent federal participation is higher than the amount brought in by the tax points, the federal government makes an adjustment payment.

This is my second question. Is this situation—which is as far as I know exclusive to Quebec, because it was only Quebec that under the Lesage government chose the so-called «opting-out» formula—has this situation been eliminated by the amendments you have brought before us, or is it simply not affected?

Hon. Miss Bégin: Senator Tremblay, clause 25 of Bill C-3 does not deviate in any way from the principle of lump-sum payments under the Established Programs Financing Act. That clause is simply a logical consequence . . .

Senator Tremblay: For consistency?

Hon. Miss Bégin: Yes, for consistency. It doesn't change the substance.

Your second question is a substantive one on how Quebec is paid. The system you describe, with tax points and readjustment payments based on fluctuations in the value of the tax points, was set up in 1966 and offered to all the provinces. Only Quebec took advantage of it.

This situation has not existed since 1977, when the Established Programs Financing Act replaced this system by a new one that applied to all the provinces, to Quebec as well as the other nine, a system of monthly cash payments to the provincial Minister of Finance plus a transfer of tax points. Readjustments ceased to be made.

Senator Tremblay: When you say «plus a transfert of tax points», are you alluding to what I recall as being 14 points? Was it 16 or 14?

[Text]

M. Donald MacNaught, chef, Assurance-hospitalisation, Direction générale des services de la promotion de la santé, Santé nationale et Bien-être social Canada: C'était neuf en 1977.

Le sénateur Tremblay: Pour la santé?

M. MacNaught: Pour la santé, oui, sénateur.

Le sénateur Tremblay: Au total, il y avait d'autres points d'impôt et là, ça faisait 16, si j'ai bonne mémoire, pour le total?

M. MacNaught: Oui, sénateur.

L'honorable Mme Bégin: Éducation postsecondaire.

Le sénateur Tremblay: C'est une question technique, et je ne suis pas sûr des chiffres, mais l'on parle de mémoire. Vous me dites donc que ces neuf points d'impôt, pour prendre le chiffre que l'on vient d'évoquer, demeure dans le système?

L'honorable Mme Bégin: Oui.

Le sénateur Tremblay: Est-ce que j'ai bien compris que vous me dites que le jeu des paiements d'ajustement est disparu?

L'honorable Mme Bégin: La formule arithmétique a changée en 1976.

M. MacNaught, est-ce que vous avez quelque chose à ajouter?

M. MacNaught: Aussi, il y a un paiement comptant.

Le sénateur Tremblay: C'est ça que j'appelle les paiements d'ajustement. Cela demeure aussi?

L'honorable Mme Bégin: Les paiements comptants continuent?

M. MacNaught: C'est à peu près moitié-moitié, sénateur.

L'honorable Mme Bégin: Ce régime n'est pas touché par cette loi.

Le sénateur Tremblay: Alors, il demeure accessible à toutes les provinces?

L'honorable Mme Bégin: C'est la pratique dans chacune des provinces. Je ne crois pas que c'était électif; tout le monde l'a accepté et c'est le régime s'appliquant à chacune des dix provinces.

Le sénateur Tremblay: Je veux être bien clair là-dessus. L'option, ce que l'on a appelé «opting out», demeure toujours accessible à toutes les provinces. La situation...

L'honorable Mme Bégin: Il n'y a aucun «opting out», aujourd'hui.

Le sénateur Tremblay: Cependant—là je reviens à ma question fondamentale—l'«opting out», exercé par la province de Québec depuis maintenant près de 20 ans, demeure.

L'honorable Mme Bégin: Là, évidemment, j'ai affaire à un savant constitutionnaliste, je ne me fais pas d'illusion!

Le sénateur Tremblay: Non, c'est tout à fait dans votre domaine, car c'est un mode de financement de la santé. Ce n'est pas de la constitution, ce sont des arrangements fiscaux.

L'honorable Mme Bégin: Les arrangements fiscaux de la santé sont renégociés à tous les cinq ans. Depuis deux telles

[Traduction]

Mr. Donald MacNaught, Chief, Hospital Insurance, Health Services and Promotion Branch, Health and Welfare Canada: There were nine in 1977.

Senator Tremblay: For health?

Mr. MacNaught: For health, yes, Senator.

Senator Tremblay: But there were other tax points as well, and they added up to 16 if I remember rightly.

Mr. MacNaught: Yes, Senator.

Hon. Miss Bégin: Post-secondary education...

Senator Tremblay: It's a technical question and I'm not sure of the figures, we're talking from memory here. So you're saying that these nine tax points, to use the figure that was just brought out, are still part of the system?

Hon. Miss Bégin: Yes.

Senator Tremblay: And do I understand you to say that adjustment payments are no longer made?

Hon. Miss Bégin: The arithmetical formula changed in 1976.

Mr. MacNaught, do you have anything to add?

Mr. MacNaught: There is also a cash payment.

Senator Tremblay: That's what I call adjustment payments. So they are still part of the system?

Hon. Miss Bégin: Cash payments are still made.

Mr. MacNaught: It's about fifty-fifty, Senator.

Hon. Miss Bégin: The system is not affected by this legislation.

Senator Tremblay: So it remains open to all the provinces?

Hon. Miss Bégin: It's the practice in each of the provinces. I don't think it was an option; everybody agreed to it, and that's the system that applies in all ten provinces.

Senator Tremblay: I want to be completely clear about this. What is known as «opting out» is still an option for all the provinces. The situation...

Hon. Miss Bégin: There is no opting out now.

Senator Tremblay: But to revert to my basic question, the opting-out privilege that Quebec has been exercising for the past 20 years, that remains.

Hon. Miss Bégin: Ah, obviously I'm dealing with a constitutional expert here, I can't pretend otherwise!

Senator Tremblay: No, this is in your field because it has a bearing on how health care is financed. This isn't the Constitution, it's fiscal agreements.

Hon. Miss Bégin: The fiscal agreements on health are renegotiated every five years. For the past two of these negotiations

[Text]

renégociations, les dix provinces ont adopté le même mode de financement de notre part.

Le sénateur Tremblay: C'est-à-dire que seul le Québec a maintenu son approche de percevoir lui-même neuf points d'impôt.

L'honorable Mme Bégin: C'est un point de vue sur la question.

Le sénateur Tremblay: Et que les autres n'ont pas choisi cette façon, qui est toujours élective.

L'honorable Mme Bégin: Non, je m'excuse, je vous corrige. Toutes les provinces reçoivent au titre de la santé des points d'impôt et du comptant, depuis 1977.

Le sénateur Tremblay: Vous comprenez pourquoi je désire approfondir ce point.

L'honorable Mme Bégin: Je ne vois pas où vous voulez en venir, mais je vais finir par comprendre.

Le sénateur Tremblay: Il me semble que c'est clair.

L'honorable Mme Bégin: Je n'ai pas étudié chez les Jésuites.

Le sénateur Tremblay: Moi non plus, j'ai étudié au Séminaire de Chicoutimi.

Le sénateur Asselin: C'est le meilleur!

Le sénateur Tremblay: Je ne crois pas que vous saisissez les analogies entre ma manière d'aborder la question et celle d'autres personnes qui, elles, peuvent avoir étudié chez les Jésuites. Il est très important d'être bien clair à cet égard. Le système qui a été mis en vigueur depuis au-delà de 20 ans maintenant, en ce qui concerne le choix québécois de l'«opting out» demeure avec les paiements d'ajustement correspondants. A l'époque où le Québec a fait son option, toutes les provinces avaient la même option.

L'honorable Mme Bégin: Oui, cela est très vrai.

Le sénateur Tremblay: Vous me dites qu'actuellement elles ne l'ont plus.

L'honorable Mme Bégin: J'ai l'impression que nous disons la même chose. Je vais reprendre mes propos une dernière fois.

Le sénateur Tremblay: Est-ce qu'il y a un élément dans la législation qui empêche l'«opting out», sauf celui du Québec?

L'honorable Mme Bégin: Le choix du Québec fait en 1966 est devenu le régime que chacune des dix provinces s'est donné.

Le sénateur Tremblay: J'ai un dernier point à soulever. Vos conseillers pourront vous aider et nous pourrions le clarifier. Par conséquent, la seule différence est dans la perception. Le fédéral perçoit les points d'impôt au nom des provinces, selon certains accords de perception, alors que le Québec est le seul à percevoir lui-même ses points d'impôt.

L'honorable Mme Bégin: Oui, mais on pourrait percevoir celui du Québec aussi.

Le sénateur Tremblay: Madame le ministre me dit que le 9 p. 100 est attribué aux provinces, sauf que les autres provinces à l'exception du Québec, n'ayant pas leur propre système de perception, le fédéral perçoit à leur place alors que le Québec le perçoit lui-même.

[Traduction]

all ten provinces have adopted the same method of financing by us.

Senator Tremblay: That means that only Quebec has maintained its system of collecting the nine tax points itself.

Hon. Miss Bégin: That's one way of looking at it.

Senator Tremblay: And the other provinces have not chosen this system, which is still optional.

Hon. Miss Bégin: No, I beg your pardon, I have to correct you on that. All the provinces receive both tax points and cash for health care, and have done since 1977.

Senator Tremblay: You can see why I want to clarify this aspect.

Hon. Miss Bégin: I don't quite see what you're getting at, but I'll catch on eventually.

Senator Tremblay: It seems perfectly plain to me.

Hon. Miss Bégin: I didn't study with the Jesuits.

Senator Tremblay: Neither did I, I'm a product of the Séminaire de Chicoutimi.

Senator Asselin: It's the best!

Senator Tremblay: I don't think you were seeing the analogies between my approach and the approach of some other people, who might well have studied with the Jesuits. It's very important to be absolutely clear about this. The system that was set up over 20 years ago now, with respect to Quebec's choice of opting out, still exists, with the corresponding adjustment payments. At the time Quebec opted out, all the provinces had the same option.

Hon. Miss Bégin: Yes, that's perfectly true.

Senator Tremblay: But you say they no longer have that option.

Hon. Miss Bégin: I have the impression that we're saying the same thing. I'll go over it one last time.

Senator Tremblay: Is there anything in the legislation that would prevent opting out by a province other than Quebec?

Hon. Miss Bégin: The option that Quebec chose in 1966 became the system that all of the ten provinces adopted.

Senator Tremblay: I have one last point to raise. Your advisers can help you and we can clear it up. Perhaps the difference lies solely in the collection method. The federal government collects the tax points on behalf of the provinces, as provided in certain tax-collection agreements, except for Quebec, which unlike the others collects its own tax points.

Hon. Miss Bégin: Yes, but we could collect Quebec's too.

Senator Tremblay: The Minister tells me that the nine per cent is attributed to the provinces, except that apart from Quebec the provinces don't have their own system for collecting the money so the federal government does it for them, while Quebec collects the money directly.

[Text]

L'honorable Mme Bégin: Nous le percevons pour nous-mêmes et nous le passons aux divers ministères de Santé des provinces.

Le sénateur Tremblay: Alors l'option est effectuée pour tout le monde. La différence fondamentale est dans la perception. Le Québec perçoit ses impôts, son 9 p. 100 lui-même. Pour les autres provinces, c'est le fédéral qui le perçoit à leur place en vertu des accords de perception. Cela fait partie de l'arrangement fiscal.

L'honorable Mme Bégin: C'est bien ça.

Le sénateur Tremblay: Cela clarifie la situation en ce qui concerne ce point.

L'honorable Mme Bégin: J'aimerais ajouter en capsule, si je peux m'exprimer ainsi pour les autres membres du comité, que ce projet de loi C-3 ne touche en rien le mode auquel les 11 joueurs sont venus à s'entendre à travers le financement des programmes établis.

The Chairman: As I understand it, we have a Hospital Insurance and Diagnostic Services Act and a Medical Care Act which have been in effect now for 15 and 25 years. We are now coming out with a Canada Health Act which incorporates both of those acts with penalties for extra billing and penalties for user fees. Is that the only real difference?

Hon. Miss Bégin: I think it is fair to say that; except that a few clarifications were brought in.

The Chairman: Do those form the amendments we have not yet received?

Hon. Miss Bégin: They are in the bill itself as well. The rules of the game have not changed except for the penalties and, of course, a very modest clause concerning feasibility.

The Chairman: Senator Phillips brought up a very interesting topic concerning the Canada Health Act. As lay people, we all think of health as being inclusive. However, we realize in this particular case the Canada Health Act is not all-inclusive—it does not take in analysis, drugs, dental work and home care services.

Are any negotiations taking place between the federal Department of National Health and Welfare and the provincial Ministers of Health, Social Services or Welfare, with the idea in mind of expanding the whole concept of health care in Canada? Is a federal-provincial conference in this regard foreseen down the road in a year or two in order to add extra services that we might share, whether it be under the Canada Health act or the Canada Assistance Plan, and to amalgamate these matters in one act?

Hon. Miss Bégin: Mr. Chairman, I recall at this point that you are from the Atlantic provinces.

The Chairman: That is right.

[Traduction]

Hon. Miss Bégin: We collect it for ourselves and then we pass it along to the various provincial ministries of health.

Senator Tremblay: So the option is chosen by everybody. The fundamental difference lies in the method of collection. Quebec collects its own taxes, its own nine per cent. In the case of the other provinces it's the federal government that collects the money for them under the fiscal agreement.

Hon. Miss Bégin: That's it.

Senator Tremblay: That clears up the situation with respect to that aspect.

Hon. Miss Bégin: I would like to add for the benefit of the other members of the Committee that Bill C-3 does not in any way affect the way in which the 11 players reached an agreement via established programs financing.

Le président: D'après ce que je comprends, nous avons déjà la *Loi sur l'assurance-hospitalisation et les services diagnostiques* et la *Loi sur les soins médicaux*, qui sont en vigueur depuis 15 ans, dans un cas, et 25 ans, dans l'autre. Nous proposons maintenant une *Loi canadienne sur la santé* qui incorpore ces deux lois et qui prévoit des pénalités pour la surfacturation et les frais modérateurs. Est-ce là la seule véritable différence?

L'honorable Mme Bégin: C'est juste, sauf que la nouvelle loi comprend aussi quelques éclaircissements.

Le président: S'agit-il des amendements que nous n'avons pas encore reçus?

L'honorable Mme Bégin: Ces précisions figurent également dans le projet de loi. Les règles du jeu sont les mêmes, sauf en ce qui concerne les pénalités et, évidemment, la clause très discrète sur la faisabilité.

Le président: Le sénateur Phillips a soulevé une question très intéressante concernant la *Loi canadienne sur la santé*. En tant que profanes, nous croyons tous que la santé englobe tous les domaines. Toutefois, nous nous rendons compte dans ce cas précis que la *Loi canadienne sur la santé* exclut certains services, dont les analyses, les médicaments, les services dentaires et les soins à domicile.

Est-ce que des négociations ont lieu entre le ministère fédéral de la Santé et du Bien-être social et ses homologues provinciaux dans le but d'élargir le concept global de la santé au Canada? Prévoyez-vous tenir une conférence fédérale-provinciale à cet égard d'ici un an ou deux pour ajouter des services supplémentaires que nous pourrions partager, que ce soit en vertu de la *Loi canadienne sur la santé* ou du Régime d'assistance publique du Canada, et pour fusionner ces questions dans une seule et même loi?

L'honorable Mme Bégin: Monsieur le président, je viens de me souvenir que vous êtes originaire des provinces de l'Atlantique.

Le président: C'est exact.

[Text]

Hon. Miss Bégin: I will be very careful in my answer in the following sense: Senator Phillips suggested that more funding is needed. Right now this bill is called the Canada Health Act and very rightly so, it seems to me, and we do not want to change that. It covers most of health care.

This bill spells out the rules of the game of what is called Medicare, which is the biggest portion of health care in Canada, but is not the only money we contribute to health. Under EPF we also give moneys to extended health care, which includes nursing homes and so on. All of that is part of financial package which was negotiated two years ago in February of 1982, and that is valid for five years.

In the discussions the committee of the other place held with all of its witnesses, and in my own discussions with all the provinces, officials, and all the health leaders, I think it is fair to visualize that we have probably reached a stage where we should assess and determine the weak spots of the health system in terms of the next five or ten years and try to define what special boost of money is required. Theoretically, that work has started, but no actual monetary negotiations are taking place right now because the work is not finished. Nobody knows what people mean when they say "the under-funding of the system."

Here I should like to underline the work of the special task force set up by the CMA. It is a most valid task force with good terms of reference. I am anxiously awaiting its recommendations as to where, over and above block funding, are the weak of the system and how much the system needs over what period of time.

During the 25 years of Medicare, there has always been a basic large component of funding, most of the time cost-sharing, but now there is block funding. A few times, historically, a special program was added, for example, the Health Resource Fund, to deal with a special dimension or a special expansion of certain things in the system. We may very well have reached that point with the aging population and the new demands on the system. That is only one point where I think there are needs. I am sure that will develop.

The Chairman: I am glad to hear that negotiations are taking place although nothing has yet been committed.

The other question I would like to ask is: The Hall Commission Report suggested that extra billing should stop and that there should be some way the medical profession could have an opportunity to be sure they received reasonable compensation for their work. It more or less suggested that an arbitration board be set up to listen to medical people as well as to provincial governments when a fee schedule is being set up. Under the amendments of this bill, which are not before us at the present time, I can see that there is a possibility that arbitra-

[Traduction]

L'honorable Mme Bégin: J'essaierai donc de faire très attention en vous répondant: le sénateur Phillips a dit qu'il faut augmenter les contributions. Ce projet s'appelle à l'heure actuelle, et à juste titre, *Loi canadienne sur la santé*, et je ne crois pas que nous voulions changer cela. Il couvre en effet la plupart des services de santé.

Ce projet de loi décrit les règles applicables aux soins médicaux, qui représentent la plus grande part des services de santé au Canada, mais nos contributions ne se limitent pas à ce domaine. Nous versons également des fonds dans le cadre du FPE pour les services complémentaires de santé, qui comprennent par exemple les maisons de repos. Tout cela fait partie de l'arrangement financier que nous avons négocié il y a deux ans, en février 1982, et qui est valable pour cinq ans.

D'après les discussions que le comité de l'autre endroit a tenues avec tous ses témoins, et d'après mes propres entretiens avec les représentants provinciaux, les fonctionnaires et les autorités en matière de santé, je crois qu'il est juste de dire que nous sommes probablement arrivés à un point où nous devrions évaluer les problèmes que pourrait présenter le régime de santé au cours des cinq ou dix années à venir et essayer de définir quel genre de contributions spéciales seront requises. On a déjà commencé ce travail en théorie, mais aucune négociation réelle n'a encore été entreprise sur les questions monétaires parce que ce travail n'est pas fini. Personne ne sait ce que l'on entend au juste, par «sous-financement du régime».

Je voudrais à ce moment-ci souligner le travail effectué par le groupe de travail spécial mis sur pied par l'AMC. Ce groupe, qui est des plus utiles, a un rôle très intéressant à jouer. J'attends avec impatience de connaître ses recommandations concernant les problèmes du régime, outre le financement global, et les contributions qu'il faudrait y verser pendant un certain nombre d'années.

Pendant les 25 années d'existence de l'assurance-santé, les frais partagés ont presque toujours constitué le principal mode de financement du régime mais nous avons maintenant aussi le financement global. Des programmes spéciaux ont été ajoutés au fil des ans, par exemple la Caisse d'aide à la santé, pour répondre à certains aspects particuliers du régime. Nous en sommes peut-être arrivés à ce point-là en ce qui concerne les personnes âgées, qui imposent de nouvelles exigences au régime. Ce n'est là qu'un des domaines où, d'après moi, il existe des besoins nouveaux. Et je suis certaine que la situation évoluera encore.

Le président: Je suis heureux d'apprendre que des négociations sont en cours, bien qu'aucun engagement n'ait encore été pris.

L'autre question que je voudrais poser est la suivante: la Commission Hall prétend dans son rapport qu'il faut mettre fin à la surfacturation et que les membres du corps médical devraient avoir la possibilité de s'assurer qu'ils seront adéquatement rémunérés pour leur travail. Elle propose, plus ou moins qu'un conseil d'arbitrage soit mis sur pied pour entendre les arguments des médecins et des représentants des gouvernements provinciaux lorsqu'il est question d'établir un barème d'honoraires. D'après les amendements apportés au projet de

[Text]

tion might be set up. Has the Department of National Health and Welfare considered negotiating with the provinces to see if they can reach an agreement that a section could be put in to protect physicians, who are very important in the carrying out of this legislation, so that they could be able to arbitrate fairly with provincial governments and to include that in an act which would be compulsory in all provinces.

Hon. Miss Bégin: The answer is that, for a very good reason, negotiations are not going on. That reason is that the matter is completely provincial. For all parties to move towards a clearer process of negotiations between the provinces and their doctors, an amendment was passed by all parties adding to the old section of reasonable compensation, which was only a statement and never tested in courts. That is not associated with a process of negotiation and settlement of disputes. We offered, on an elective basis, to the provinces who so wished, a model of possible negotiation in binding arbitration if there is no extra billing in that province. We used, for example, the reference to the panel of three parties equally representative of the provincial organizations, medical, the provinces and an independent chairman. Therefore, we are offering a model for the provinces who want to choose. Otherwise, the existing rule of the game which has always been there—namely, that doctors must get reasonable compensation—would apply.

The Chairman: I agree with you, Madame Bégin, that reasonable compensation is really not defined very clearly in the old legislation. I also agree with you that the amendment you just mentioned makes it possible for the provinces to agree upon what is more or less reasonable compensation. We agree with the amendment which you have proposed and we put that in our legislation. That, however, does not assure the medical profession that it is guaranteed by arbitration. The amendment is not necessarily compulsory on the provinces but is something which, if the provinces do it, will be considered as reasonable compensation.

My question is: Are you considering negotiating with the provincial ministers of health to see if something could be put in the Canada Health Act under their consent—and unanimous consent of 10 provincial ministers and one federal minister—whereby the doctors could be protected by the provision of arbitration that is compulsory on the provinces? I know that you cannot do it now because you do not have that consent, and I congratulate you on the amendment that you are making, but has such a provision been considered?

Senator Tremblay: May I ask a question of you, Mr. Chairman?

The Chairman: Yes.

Senator Tremblay: Are you referring to the possible amendment which has been outlined in the paper prepared by Mrs. Morton at page 7?

[Traduction]

loi, amendements que nous n'avons pas encore, il serait possible de mettre sur pied un tel conseil. Est-ce que le ministère de la Santé et du Bien-être social a envisagé la possibilité de négocier avec les provinces pour voir si elles acceptent d'inclure une disposition dans le projet de loi pour protéger les médecins, qui jouent un rôle essentiel dans ce domaine, afin de leur permettre de négocier en toute justice avec les gouvernements provinciaux? Serait-il possible d'inclure une telle disposition dans une loi qui s'appliquerait à toutes les provinces?

L'honorable Mme Bégin: Aucune négociation n'a lieu à l'heure actuelle, pour la bonne raison que cette question relève entièrement des provinces. Pour instaurer un processus de négociation plus clair entre les provinces et leurs médecins, les partis ont adopté un amendement qui renforce l'ancienne disposition sur la rémunération raisonnable, qui n'était qu'une simple déclaration de principe et dont la validité n'a jamais été contestée devant les tribunaux. Cet amendement n'est cependant pas relié à un processus de négociation et de règlement des conflits. Nous avons proposé aux provinces intéressées d'adopter l'arbitrage exécutoire, comme forme de négociation, si elles ne pratiquent pas la surfacturation. Nous avons proposé, par exemple, de créer un comité formé d'un président indépendant et de représentants d'organisations provinciales, d'associations médicales et du gouvernement provincial. Nous proposons donc une solution aux provinces intéressées. Autrement, les règles actuelles, qui ont toujours existé—à savoir que les médecins doivent recevoir une rémunération raisonnable—seraient appliquées.

Le président: Je suis d'accord avec vous, madame Bégin, lorsque vous dites que le principe de la rémunération raisonnable n'est pas défini très clairement dans l'ancienne loi. Je conviens également que l'amendement que vous venez de mentionner permettrait aux provinces de s'entendre sur une rémunération plus ou moins raisonnable. Nous appuyons l'amendement que vous avez proposé et nous l'insérerons dans le projet de loi. Toutefois, cela n'assure pas au corps médical que cette rémunération est garantie par arbitrage. Cet amendement n'est pas obligatoirement imposé à toutes les provinces, mais, s'il est accepté par celles-ci, il sera considéré comme assurant une rémunération raisonnable.

Ma question est la suivante: envisagez-vous de négocier avec les ministres provinciaux de la Santé pour voir si l'on peut inclure dans la *Loi canadienne sur la santé*, avec leur consentement—c'est-à-dire le consentement unanime des dix ministres provinciaux et du ministre fédéral—une disposition selon laquelle les médecins pourraient être protégés, par voie d'arbitrage, en vertu d'une entente qui lierait les provinces? Je sais que vous ne pouvez pas le faire maintenant parce que vous n'avez pas ce consentement, et je tiens à vous féliciter pour l'amendement que vous apportez, mais a-t-on envisagé une telle possibilité?

Le sénateur Tremblay: Puis-je vous poser une question, monsieur le président?

Le président: Oui.

Le sénateur Tremblay: Faites-vous allusion à l'amendement éventuel qui figure à la page 7 du rapport de M^{me} Morton?

[Text]

The Chairman: No, senator, I am referring to a new amendment, one which has never been heard of before, that might come before a joint federal-provincial ministerial conference, the outcome of which would be that the medical profession in Canada might be guaranteed arbitration. I am speaking about that sort of amendment rather than the one before us now, which outlines what the provinces might accept to be reasonable compensation.

Hon. Miss Bégin: Mr. Chairman, that is impossible. This is basically and fundamentally a provincial matter. I know that the medical profession would like to see it imposed by us on the provinces. We do not, however, have the right to do that. What right do I even have to start negotiating? I tried, in September, as soon as Mr. Justice Hall tabled his report, and the provinces, shall I say, do not want to hear about it. They have their reasons. It depends on each of them. It is none of our business in the first place.

Therefore, we thought the most we could do is to offer—and I do not want to be arrogant by saying that—a model which is fair and which was discussed with the CMA. It is the first possible spelled-out process, which is what was missing before. I think that something like this will evolve in the provinces sooner or later. It is there for the provinces to elect to choose. Once one or two provinces have chosen it, that will start the ball rolling and all will adopt it. That is the purpose. After all, we want a fair process to evolve, but it is not for us to even negotiate it, much less impose it upon the provinces.

The Chairman: I agree with you, Madame Bégin, that it is not for us to impose it. But I think that it is possible for us to negotiate it. Do not forget that medicare, hospitalization and health care was under provincial jurisdiction in the first place, yet the Government of Canada negotiated with the provinces to come under a plan, which became a federal plan in which they are able to participate through negotiation, not compulsion. There is no reason why, through negotiations and not through compulsion, an amendment could not be made with everybody's consent.

Hon. Miss Bégin: On that point, Mr. Chairman, I would say that by lucid choice it was decided that it was not now the time to reopen the matter of health. What you say is very true, but the problem you raise could be followed by a long list of imperfections in the system. Let us put it that way. There are all sorts of things which the players would like to see done differently—in particular, the nurses and the doctors. We decided that, politically, to reopen health to negotiations would open wide the whole thing instead of simply fixing extra billing and user fees. In terms of the problem of erosion, that would be the most dangerous thing we could do to health, in the sense that it is the recession. Let us be frank. Behind every health minister there is a finance minister; I will stop there.

Senator Tremblay: Mr. Chairman, with your permission and with all due respect, I have the feeling that you have raised the

[Traduction]

Le président: Non, sénateur, je veux parler du nouvel amendement, dont on n'avait jamais entendu parler jusqu'ici, qui pourrait être proposé lors d'une conférence ministérielle fédérale-provinciale et qui garantirait au corps médical canadien le recours à l'arbitrage. C'est de ce genre d'amendement que je parle, et non pas de celui dont nous sommes saisis et qui décrit ce que les provinces pourraient accepter comme étant une rémunération raisonnable.

L'honorable Mme Bégin: C'est impossible, monsieur le président. Cette question relève d'abord et avant tout des provinces. Je sais que le corps médical voudrait que nous la leur imposions. Nous n'en avons cependant pas le droit. De quel droit puis-je même commencer à négocier? J'ai essayé, en septembre, dès que le juge Hall eut déposé son rapport, mais les provinces ne veulent rien entendre. Elles ont leurs raisons. C'est à chacune d'elles de décider. D'abord cela ne nous regarde pas.

Nous avons donc pensé que le mieux était d'offrir—je ne veux pas paraître arrogante en disant cela—un modèle qui soit équitable et que nous avons discuté avec l'AMC. C'est le premier mécanisme possible à être expliqué clairement; ce qui faisait défaut auparavant. Je pense qu'un modèle de ce genre sera appliqué tôt ou tard dans les provinces. C'est à celles de décider si elles veulent l'adopter. Une fois qu'une ou deux provinces se seront décidées, les autres emboîteront le pas. C'est l'objet du modèle. Après tout, nous désirons instaurer un mécanisme équitable, mais il ne nous revient même pas de le négocier, et encore moins de l'imposer aux provinces.

Le président: Je conviens avec vous, Mme Bégin, qu'il ne vous revient pas de l'imposer, mais je pense que nous pouvons le négocier. N'oubliez pas que l'assurance-santé, l'hospitalisation et les soins de santé relevaient à l'origine des provinces; pourtant, le gouvernement du Canada a négocié avec ces dernières afin qu'elles adhèrent à un régime, qui est devenu un régime fédéral auquel elles peuvent participer grâce à la négociation, non à la force. Rien ne nous empêche d'apporter grâce à la négociation non à la force, une modification qui soit approuvée par toutes les provinces.

L'honorable Mme Bégin: Sur ce point, Monsieur le président, je dirais qu'il a été décidé en toute connaissance de cause que le temps n'était pas venu de remettre la question de la santé sur le tapis. Ce que vous dites est bien vrai, mais le point que vous soulevez risquerait d'être suivi d'une longue liste de points litigieux présents dans le système. Permettez-nous de nous exprimer autrement: les protagonistes—surtout les infirmier(e)s et les médecins—voudraient que bien des choses se passent différemment. Nous avons conclu que, si on envisageait de nouveau de négocier sur la question de la santé, cela prêterait à toutes sortes de considérations politiques, au lieu de simplement régler la question de la surfacturation et des frais modérateurs. Pour revenir au problème de l'affrètement des services, c'est le plus grave tort que nous pourrions faire au chapitre de la santé, car nous sommes en période de récession. Soyons francs; derrière chaque ministre de La santé se cache un ministre des finances. J'en ai assez dit.

Le sénateur Tremblay: Monsieur le président, avec votre permission et sauf votre respect, j'ai l'impression que vous avez

[Text]

very question which is raised in the amendment to section 12 contained in the paper we looked at last night, where binding arbitration is mentioned. Does the minister have a copy of this paper?

Hon. Miss Bégin: I do not know what paper you are talking about, senator?

Senator Tremblay: We were given last night a briefing paper in which there is a list of possible amendments to the act.

Hon. Miss Bégin: Oh, I see, it comes from the Library of Parliament.

Senator Tremblay: Yes. I realize that it is not official, but, as I understand it, the point raised by the chairman is touching on the very question which is dealt with in the amendment on page 7. At the bottom of the page it says that the government was not in favour of this proposal since it would encroach on provincial jurisdiction.

My only question is this: Will the sort of reference to compulsory or binding arbitration that was raised by the chairman come at some time in the process of amendments in the other place?

Senator Flynn: No government has ever accepted to be bound by an arbitration issue—well, it has happened once.

L'honorable Mme Bégin: Ce que vous avez à la page 7 du document que vous ont remis les recherchistes de la Bibliothèque du Parlement, dans la colonne de droite, cela a été ajouté au dactylo. C'est l'amendement que le gouvernement a proposé et adopté au comité de la Chambre des communes. C'est tout et ce n'est pas obligatoire.

Le sénateur Tremblay: Le 12-2, vous l'avez adopté?

L'honorable Mme Bégin: Oui, nous l'avons ajouté et nous l'avons adopté. Cela est optionnel et nous ne pouvons pas l'imposer.

Senator Tremblay: How is it optional?

Hon. Miss Bégin: Something is missing.

Senator Tremblay: I am not happy with the wording of that.

Hon. Miss Bégin: I believe that they have not given you the beginning of that, which is key.

Senator Flynn: A new subsection is added.

Senator Tremblay: A new subsection is added, which reads:

In respect of any province in which extra-billing is not permitted, paragraph 12(1)(c) shall be deemed to be complied with—

Subsection 12.(1)(c) says that the province:

must provide for reasonable compensation for insured health services rendered by medical practitioners or dentists;

Then this subsection (2), which has been added as an amendment, as I understand it, states:

[Traduction]

soulevé la question même qui est soulevée dans la modification à l'article 12 figurant dans le document que nous avons examiné hier soir, où l'on parle d'arbitrage obligatoire. Le ministre a-t-elle un exemplaire de ce document?

L'honorable Mme Bégin: Je ne sais de quel document vous parlez, sénateur.

Le sénateur Tremblay: Hier soir, on nous a remis un document d'information dans lequel figure une liste de modifications éventuelles à la loi.

L'honorable Mme Bégin: Oh! je vois; il émane de la Bibliothèque du Parlement.

Le sénateur Tremblay: C'est exact. Je me rends compte qu'il n'est pas officiel mais, si je comprends bien, le point qu'a soulevé le président porte sur la question dont traite la modification exposée au bas de la page 7, où il est dit que le gouvernement n'était pas favorable à cette proposition, car elle empiéterait sur la compétence des provinces.

J'ai une seule question à poser: Le genre d'allusion à l'arbitrage obligatoire qu'a faite le président sera-t-elle également faite à un moment donné au cours de l'étude des modifications qui aura lieu à la Chambre des communes?

Le sénateur Flynn: Jamais un gouvernement n'a accepté d'être lié par une question d'arbitrage—en fait, cela ne s'est produit qu'une fois.

Hon. Miss Bégin: What you have on page 7 of the document that was given to you by the Library of Parliament's researchers, in the right-hand column, that was added with a typewriter. It's the amendment that the government moved and passed in committee of the House. That's all, and it isn't compulsory.

Senator Tremblay: Item 12-2 has been passed?

Hon. Miss Bégin: Yes, we added it and we passed it. It's optional and we can't impose it.

Le sénateur Tremblay: Comment cela peut-il être facultatif?

L'honorable Mme Bégin: Il y a quelque chose qui manque.

Le sénateur Tremblay: Sa formulation ne me plaît pas.

L'honorable Mme Bégin: Je crois qu'ils ne vous ont pas donné le début, qui est le plus important.

Le sénateur Flynn: Un nouveau paragraphe est ajouté.

Le sénateur Tremblay: Il se lit ainsi:

«In respect of any province in which extra-billing is not permitted, paragraph 12(1)(c) shall be deemed to be complied with—»

A l'alinéa 12(1)(c), on dit qu'il faut que la province:

«prévoit une rémunération raisonnable des services de santé assurés fournis par les médecins ou les dentistes;»

Puis, ce paragraphe (2), qui si je comprends bien, a été ajouté à titre de modification, se lit ainsi:

[Text]

In respect of any province in which extra-billing is not permitted, paragraph 12(1)(c) shall be deemed to be complied with if the province has chosen to enter into, and has entered into, an agreement with the medical practitioners and dentists of the province—

It could have stopped there, but it then goes on to spell out the way in which the agreement should have been reached.

Hon. Miss Bégin: Exactly.

Senator Tremblay: That does mean that you are intervening in the process of bargaining within a province.

Hon. Miss Bégin: No, Senator Tremblay.

Senator Tremblay: In the wording there, and not being a physician or any medical practitioner, what came to my mind last night was that there is no place there for the right to strike.

Hon. Miss Bégin: After long and numerous discussions with the Canadian Medical Association and various provincial medical associations, and following their representations in committee; after, it is fair to say, various amendments were put forward, in their name, by some members of the committee in the other place, we proposed this model instead of the old "reasonable compensation" clause. It remains for the provinces to choose which model to use. The purpose is modest and represents a breakthrough. It is not mandatory on the provinces. That is none of our business. The model is not a pure union model in labour relations. It does not speak of the right to strike. I repeat, it is not the usual union model connected with labour relations. It arises from what the medical profession feels comfortable with, while, at the same time, getting rid of extra billing—which is the purpose of the bill. We do not impose that model on the provinces. It is merely a possible model. Provinces X, Y and Z can choose whatever model for settling disputes with doctors they wish—it is none of our business—provided they give reasonable compensation to doctors. That is what the doctors want. This is only one model. If that model is followed in a given province, as being the model of its choice, then automatically we will deem it to be absolutely correct according to the act; otherwise provinces can choose whatever model of labour relations they wish. We do not want to know about that, since it is none of our business. What is our business is that it must provide reasonable compensation for doctors, to ensure that the system is public—and therefore there will not be extra billing. The provinces are absolutely free to choose whatever avenue they wish.

Senator Tremblay: If I follow your reasoning correctly, I understand that the subsection represents just one model.

Hon. Miss Bégin: The only other model that I know of is the pure union model.

Senator Tremblay: Who will be the judge, on the side of no model, of what is reasonable compensation? With the criteria of an agreement between the province and the medical practitioners, there is then proof that there is something reasonable. If there is an agreement it is deemed to be reasonable. That is

[Traduction]

«In respect of any province in which extra-billing is not permitted, paragraph 12(1)(c) shall be deemed to be complied with if the province has chosen to enter into, and has entered into, an agreement with the medical practitioners and dentists of the province—»

Il aurait pu s'arrêter là, mais il explique de plus la façon dont l'entente aurait dû être conclue.

L'honorable Mme Bégin: Exactement.

Le sénateur Tremblay: Cela veut bel et bien dire que vous intervenez dans le processus de négociation qui se déroule dans une province.

L'honorable Mme Bégin: Non, sénateur Tremblay.

Le sénateur Tremblay: D'après cette formulation, et bien que je ne sois pas médecin, ce qui m'est venu à l'esprit hier soir, c'est que le droit de grève n'existe pas.

L'honorable Mme Bégin: Après de nombreuses de longues discussions avec l'Association médicale canadienne et diverses associations médicales provinciales, et après que le comité eut entendu leurs doléances; après il est juste de le dire, que certains membres du comité de la Chambre des communes eurent avancé diverses modifications en leur nom, nous avons proposé ce modèle au lieu de l'ancien article sur la «rémunération raisonnable». Il revient aux provinces de décider du modèle qu'elles désirent employer. Cette initiative est modeste et représente un progrès. Le modèle n'est pas imposé aux provinces. Cela ne nous regarde pas. Il s'agit purement d'un modèle de relations de travail. Il ne parle pas du droit de grève. Je le répète, ce n'est pas le modèle syndical habituel rattaché aux relations de travail. Il découle d'un choix qui satisfait le corps médical et, en même temps, il se débarrasse de la surfacturation—ce qui est l'objet du projet de loi. Nous n'imposons pas ce modèle aux provinces. On n'est qu'un modèle possible. Telles ou telles provinces peuvent choisir le modèle qui leur plaît pour régler des différends avec des médecins—cela ne nous regarde pas—à condition qu'elles leur versent une rémunération raisonnable. C'est ce que les médecins désirent. Ce n'est qu'un modèle. Si une province donnée l'adopte parce qu'elle l'a choisi, alors nous présumerons automatiquement qu'il est en tous points conforme à la loi; autrement, les provinces peuvent choisir le modèle de relations de travail qui leur plaît. Nous ne voulons pas savoir lequel, puisque cela ne nous regarde pas. Ce qui nous regarde, c'est qu'il prévoit une rémunération raisonnable pour les médecins, afin que le système desserve bien le public—par conséquent, il n'y aura pas de surfacturation. Les provinces sont tout à fait libres de choisir le modèle qu'elles préfèrent.

Le sénateur Tremblay: Si je comprends bien votre raisonnement, le paragraphe ne représente qu'un seul modèle.

L'honorable Mme Bégin: Le seul autre modèle que je connais est le modèle syndical.

Le sénateur Tremblay: Si aucun modèle n'est adopté, qui jugera de ce que constitue une rémunération raisonnable? Si une entente est conclue entre la province et les médecins, c'est là la preuve que quelque chose est raisonnable. S'il y a une entente, elle est jugée raisonnable. C'est le premier point que je veux

[Text]

my first point. What I do not understand is that the amendment goes much further. Not only does it provide for an agreement that is deemed to be in conformity with reasonable compensation—which is a good indication—but if there were an agreement between the practitioners and the provincial government, one could assume that it was reasonable because both parties had accepted it. The legislation goes further. It defines the process through which an agreement will be reached, and the amendment does introduce binding arbitration, which was mentioned by the chairman. However, my question is: Is it going too far? In defining the process to reach an agreement, perhaps it would have been sufficient to specify that when there is an agreement—whatever might be the way that agreement is reached, through a strike or otherwise—it will be deemed to be reasonable.

Hon. Miss Bégin: Senator, that avenue still exists. We have not abolished that avenue. It seems to me that you put it in the proper perspective when you asked: "Is it going too far?" We passed the judgment together. It was approved unanimously by all parties in the other house.

Senator Tremblay: But this is the Senate.

Hon. Miss Bégin: We passed judgment that although the bill, generally speaking, does not change the rules of the game at all—except to define that extra billing and user fees are out—on the key issue of labour relations between doctors and the various provincial governments—which is key to the functioning of medicare—we had to go one step further than the existing legislation, knowing full well that, in that sense, it was slightly expansionary. We considered that the way to do it was by simply suggesting one model—which does not replace whatever the provinces wish to do or use—because no one can hide in the sand the fact that the problem exists of the lack of a model to settle disputes between contributors and provincial governments. It is none of our business to decide which one should be the model, and we have never said what it should be. We have simply offered one possible model, at the choice of the province. The legislation seeks to provide a better equilibrium in the system, but no one can hide in the sand the fact that there are glaring problems, particularly if doctors feel that they have been deprived of a negotiating stick by no longer having extra billing. On the other hand, they do not want to strike. They have told us that. So what could we offer as a model? This is the model that is offered, and it is no more than that. Perhaps no one will avail themselves of it and it will die on the order paper. If so, that's fine. We have done our best to try to help.

Senator Tremblay: If I may add one further word, I would ask the minister to think again on that. Madame Minister, the model you are offering is to section 12(2). It is a two-fold model. First, you are referring to an agreement. Then you go further, to spell out the way an agreement should be reached.

Hon. Miss Bégin: "Could" be reached.

Senator Tremblay: "Should".

[Traduction]

soulever. Ce que je ne comprends pas, c'est que la modification va beaucoup plus loin. Non seulement prévoit-elle une entente jugée conforme à une rémunération raisonnable—ce qui est une bonne indication—mais au cas où une entente interviendrait entre les médecins et le gouvernement provincial, on pourrait présumer qu'elle est raisonnable parce que les deux parties l'auraient acceptée. Le projet de loi va plus loin. Il définit le processus permettant de conclure une entente, et la modification parle bel et bien de l'arbitrage obligatoire, auquel le président a fait allusions. Je me demande toutefois si elle va trop loin. En définissant le processus visant à parvenir à une entente, peut-être aurait-il suffi de préciser qu'en cas d'entente—quelle que soit la façon dont elle a été conclue, à la suite d'une grève ou autrement,—on la jugera raisonnable.

L'honorable Mme Bégin: Sénateur, cette possibilité existe toujours. Nous ne l'avons pas écartée. Il me semble que vous l'avez située dans son contexte lorsque vous vous êtes demandé si la modification allait trop loin. Nous avons adopté le jugement ensemble. Il a été approuvé à l'unanimité par tous les partis de la Chambre des communes.

Le sénateur Tremblay: Mais nous sommes au Sénat ici.

L'honorable Mme Bégin: Nous avons déterminé que, même si, généralement parlant, le projet de loi ne modifie en rien les règles du jeu—sauf pour indiquer que la surfacturation et les frais modérateurs ne sont plus autorisés—au sujet de l'importante question des relations de travail entre les médecins et les gouvernement provinciaux—clé de l'efficacité de l'assurance-santé—nous avons dû aller un peu plus loin que le projet de loi actuel, sachant parfaitement que, ce faisant, nous l'élargissions légèrement. Nous avons estimé qu'il fallait simplement proposer un modèle—qui ne prétend pas remplacer ce que les provinces désirent faire ou employer—parce que personne ne peut taire le fait que l'absence d'un modèle pour régler les différends entre cotisants et gouvernements provinciaux pose un problème. Nous n'avons pas à décider quel devrait être ce modèle, et nous n'avons jamais dit en quoi il devrait consister. Nous avons simplement offert un modèle éventuel, au choix de la province. Le projet de loi vise à mieux équilibrer le système, mais personne ne peut taire le fait qu'il existe des problèmes flagrants, surtout si les médecins ont en l'impression d'avoir été privés d'un instrument de négociation lorsque la surfacturation a été supprimée. Par contre, ils ne veulent pas faire la grève. Ils nous l'ont dit. Alors, que pouvions-nous offrir comme modèle? C'est là le modèle que nous offrons, rien de plus. Il est possible que personne ne s'en servira et qu'il mourra au feuilleton. Ce n'est pas plus grave que cela. Nous avons fait de notre mieux pour tenter d'aider les provinces.

Le sénateur Tremblay: Si vous le permettez, j'aimerais ajouter quelques mots. Je demanderais au ministre de réfléchir de nouveau à la question. Madame le ministre, le modèle que vous offrez, et qui comporte deux volets, figure au paragraphe 12(2). Premièrement, vous faites allusion à une entente, puis vous allez jusqu'à expliquer la façon dont l'entente devrait être conclue.

L'honorable Mme Bégin: «Pourrait» être conclue.

Le sénateur Tremblay: «Devrait».

[Text]

Hon. Miss Bégin: "Could".

Senator Tremblay: Let us read it again. Perhaps your reading of it is better than mine. Let us agree that a problem exists. Regarding "reasonable compensation", the decision that it is "reasonable" will be taken by someone else, someone different from those who are reaching an agreement.

L'honorable Mme Bégin: Sénateur Tremblay, voulez-vous, nous allons revoir ce qui se passe en pratique dans une province, car je crois que c'est important.

Senator, you are seeing only the added amendment. The act contains a section which says that we must provide reasonable compensation for insured health services, etcetera.

Senator Tremblay: Then you have added a new subsection.

Hon. Miss Bégin: We have added a possible model which has never been tested in the courts. Neither the federal government nor any other party has spelled out what reasonable compensation means. It was always considered that if the majority of doctors in a given province accepted the agreement they would be reasonably compensated. What we want to do is make sure that what the provinces offer their doctors is enough and does not force them to go to extra billing. If in a given province people are looking for a way out, we are saying, "Here it is." Although the word "agreement" does not appear in clause 12(c), agreement is necessary before anything can take place. We are not spelling things out but merely trying to be amiable and to negotiate without preconceived ideas. If the provinces wish to follow a union model, there is no problem. We are merely offering one model to give doctors an idea.

Senator Tremblay: Again, I stress my point and ask that the minister read the pertinent sections. Section 12(2) of the act provides one condition and describes a province in which extra billing is not permitted. In the case where there is no extra billing and agreement is reached it is taken that there will be reasonable compensation. My point is that you should spell out the process through which agreement is reached. That is what it says in Clause 12(a), (b) and (c). I will not discuss the matter further.

Hon. Miss Bégin: Could it be that you are referring to the marginal notes? They may be misleading; it is the text that is important.

Senator Haidasz: I would like to ask the minister for some clarification on some other principles of the Health Insurance Act, namely, the comprehensiveness of medical care. Does the new act include under insured health services the services of optometrists, chiropodists, chiropractors and other health practitioners, which are provided outside a hospital?

Hon. Miss Bégin: This bill does not change the rules of the game as they exist. The services you mentioned are not listed on the list of basic health services. However, if a province elects to include them on their list, it is within their jurisdiction.

[Traduction]

L'honorable Mme Bégin: «Pourrait».

Le sénateur Tremblay: Lisons-le de nouveau. Vous l'interprétez peut-être mieux que moi. Convenons à tout le moins qu'il y a un problème. En ce qui concerne la notion de «rémunération raisonnable», ce ne sont pas les parties à l'entente qui décideront ce qui est raisonnable, mais quelqu'un d'autre.

Hon. Miss Bégin: Senator Tremblay, with your permission let's take another look at what happens in practice at the provincial level, because I feel this is very important.

Sénateur, vous ne voyez que l'amendement qui a été ajouté. La Loi contient un article dans lequel il est dit que nous devons assurer une rémunération raisonnable des services de santé assurés, etc.

Le sénateur Tremblay: Vous y avez ensuite ajouté un nouveau paragraphe.

L'honorable Mme Bégin: Nous avons ajouté un modèle possible qui n'a encore jamais été porté devant les tribunaux. Ni le gouvernement fédéral, ni qui que ce soit d'autre, n'a défini ce que l'on entend par rémunération raisonnable. On a toujours considéré que si la majorité des médecins d'une province donnée acceptaient une entente, ils recevraient une rémunération raisonnable. Nous voulons nous assurer que les provinces offrent à leurs médecins une rémunération suffisante et qu'elles ne les forcent pas à recourir à la surfacturation. Si, dans une province donnée, les gens cherchent une solution, nous disons «en voici une». Même si le mot «entente» ne figure pas au paragraphe 12c), il faut qu'il y ait entente avant que quoi que ce soit ne puisse être mis en œuvre. Nous ne définissons pas tout dans le détail, mais nous essayons simplement d'être souples et de négocier sans idée préconçue. Si les provinces préfèrent adopter un modèle de type syndical, libre à elles. Nous ne faisons que suggérer un modèle aux médecins.

Le sénateur Tremblay: Je reviens à ce que je disais et je demanderais au ministre de lire les articles en question. Au paragraphe 12(2) de la Loi, on énonce une condition et on décrit le cas d'une province où la surfacturation est interdite. S'il n'y a pas de surfacturation et si une entente a été conclue, on suppose qu'il y aura rémunération raisonnable. Ce à quoi je veux en venir, c'est que vous devriez définir le processus de négociation de cette entente. C'est ce que l'on dit aux paragraphes 12 a), b) et c). C'est tout ce que j'ai à dire à ce sujet.

L'honorable Mme Bégin: Vous reportez-vous aux notes en marge? Elles peuvent induire en erreur; c'est le texte qui est important.

Le sénateur Haidasz: J'aimerais que le Ministre nous donne des éclaircissements sur certains autres principes de la Loi, et plus particulièrement sur les services assurés. La nouvelle Loi englobe-t-elle dans les services de santé, les services des optométristes, de podiatres, des chiropraticiens et des autres professionnels de la santé qui sont dispensés en dehors d'un hôpital?

L'honorable Mme Bégin: Le projet de loi ne modifie en rien les règles du jeu actuelles. Les services auxquels vous venez de faire allusion ne figurent pas sur la liste des services de santé de base. Néanmoins, les provinces ont compétence pour les ajouter à cette liste si elles le veulent.

[Text]

Senator Haidasz: But they will not be compensated for their services by the federal government?

Hon. Miss Bégin: Optometrists—and I refer to them because they have a very effective lobby—have helped everybody understand a key point of the act. They were never included by name in the cost-sharing agreement, nor were they included in the base year of the EPF, the block funding, or any years since. However, wherever they come under insured health services, the bill does not affect them at all. The money paid to the provinces for other segments of health care could be used to pay for optometrist services, but we have no way of knowing.

Senator Haidasz: In other words, this bill will allow the province to use federal money from any source to pay for services provided by optometrists, chiropodists and chiropractors outside the hospital?

Hon. Miss Bégin: Yes, provided the basic list of services is adhered to. They cannot abolish some of the insured health services listed here to provide other services.

Senator Haidasz: Does the minister envisage a definition for chronic care patients under the new act?

Hon. Miss Bégin: We have tried to clarify in the bill the rules for all parties.

Senator Haidasz: Was this done through an amendment?

Hon. Miss Bégin: Yes. Clause 19(2), which will be in the new bill when it is printed, says that we have tried to define chronic care in terms of whether or not user fees can be applied. To give maximum flexibility to provincial authorities, we have not defined the kind of bed or the type of hospital involved. We have gone at it from the viewpoint of the patient. Our legal wording relies on the opinion of the attending physician, which is the usual procedure. He is the one who has the final legal responsibility, even if there is a panel of assessment. When, in the opinion of the physician, an in-patient requires chronic care and is more or less permanently resident in a hospital or other institution, he or she can be charged what amounts to hotel fees. A sick person cannot be charged room and board. You realize that I am not talking of private accommodation here, which has always been permitted. Let us say we have an old woman who has broken her hip and will take seven months to convalesce. She cannot be charged user fees because she will be going back to her home, which she must maintain. Let us say that Dr. X discharges patient Y because that patient cannot be rehabilitated but will be permanently confined to a bed in an institution. Let us say that there is no local nursing home and that the sixth floor of the local hospital is for chronic care patients. While patient Y lives there, her medicare would be free but she would be charged room and board. She would be considered a chronic-care patient not a convalescent-chronic-care patient. Chronic care can have two meanings. It can mean short-term chronic care, in which case

[Traduction]

Le sénateur Haidasz: Mais le gouvernement fédéral ne leur versera rien pour ces services?

L'honorable Mme Bégin: Les optométristes—et je prends leur cas en exemple parce qu'ils ont un groupe de pression très efficace—ont finalement aidé tout le monde à comprendre un point essentiel de la Loi. Ils n'ont jamais été mentionnés dans l'entente sur le partage des coûts, et n'ont jamais figuré dans le calcul des chiffres de l'année de référence du FPE, le système d'allocation de sommes globales, ni depuis lors. Néanmoins, là où leurs services sont englobés dans les services de santé assurés, le projet de loi ne les touche en rien. Les sommes versées aux provinces pour d'autres éléments des soins médicaux peuvent être utilisées pour assurer les services des optométristes, mais nous n'avons aucun moyen de le savoir.

Le sénateur Haidasz: Autrement dit, ce projet de loi permettra à une province d'utiliser des fonds de n'importe quelle source provenant du gouvernement fédéral pour payer des services rendus par les optométristes, les podiatres et les chiropraticiens en dehors d'un hôpital?

L'honorable Mme Bégin: Oui, à la condition que l'on respecte la liste des services de base. Aucune province ne peut supprimer certains des services de santé assurés qui y figurent pour les remplacer par d'autres.

Le sénateur Haidasz: Le Ministre envisage-t-il insérer dans le projet de loi une définition des malades chroniques?

L'honorable Mme Bégin: Dans le projet de loi, nous avons tenté d'éclaircir les règles pour tous les intéressés.

Le sénateur Haidasz: L'avez-vous fait au moyen d'un amendement?

L'honorable Mme Bégin: Oui. Dans le paragraphe 19 (2), qui figurera dans la nouvelle version du projet de loi lorsqu'elle sera imprimée, on dit que nous avons essayé de définir à quels malades chroniques on peut imposer des frais modérateurs. Pour laisser aux provinces la plus grande souplesse possible, nous n'avons défini ni le genre de lit, ni le genre d'hôpital en question. La définition repose plutôt sur le type de malade. Selon la formulation du texte, tout repose sur l'opinion du médecin traitant, ce qui est la pratique habituelle. C'est lui qui a la responsabilité juridique ultime, même lorsqu'il existe un groupe d'évaluation des cas. Lorsque, d'après le médecin, un malade hospitalisé a besoin de soins chroniques et qu'il réside de façon plus ou moins permanente dans un hôpital ou un autre établissement, on peut lui imposer des frais analogues à des frais d'hôtel. On ne peut pas facturer à un malade des frais de chambre et pension. Vous comprenez sûrement que je ne parle pas ici des chambres privées, qui ont toujours été autorisées. Disons par exemple qu'une femme âgée s'est cassé la hanche et que sa convalescence durera sept mois. On ne peut pas lui imposer des frais modérateurs parce qu'elle retournera un jour chez elle, dans un logement qu'elle doit donc conserver. Par contre, supposons que le docteur X donne son congé au malade Y, mais que ce dernier ne pourra jamais reprendre ses activités normales et qu'il sera en permanence confiné à un lit dans un établissement. Disons qu'il n'y a pas de maison de repos dans la région et que le sixième étage de l'hôpital local est réservé aux malades chroniques. Tant que le malade Y y

[Text]

the patient is not charged, or long-term chronic care, in which case the patient is charged room and board.

Senator Phillips: I have a question concerning chronic care on my list of questions. I am concerned, Madame Minister, that we are reversing the principle of Medicare; the idea was to avoid a large extensive medical bill. I am afraid that by this section we will get back into the situation where the patient can be charged for accommodation or meals, which can be very high indeed. I find nothing in the bill, or the regulations, with respect to the determination of calculating that cost. Is there anything in the regulations which will decide what the maximum charges for meals and hospital beds will be? If a patient is in a new hospital and is charged so much per room on a square foot basis averaged against the cost of the hospital, then that accommodation cost could be very high indeed.

Hon. Miss Bégin: The answer is no, you will not find that in the regulations because those patients are no longer insured patients; they are not receiving insured services. I am not speaking now of sick people. Patients cannot be charged user fees, there is no doubt about that. We are talking of people who are labelled chronic care for life and who live more or less permanently in a hospital or, more generally, in a nursing home. So in your province of Prince Edward Island—you are from PEI, are you not?

Senator Phillips: Yes.

Hon. Miss Bégin: I wish to congratulate Prince Edward Island. That province does not charge chronic care patients who live in hospital beds. Canada has a history of having too many acute care beds. So some of these beds are used to accommodate these patients because there is a lack of nursing homes. In the nursing homes these patients would pay according to their means. In most cases the provinces are wise enough to have payments correspond to the OAS and GIS payments to seniors. If a person cannot find a place in a nursing home and must remain in a hospital bed but should be in a nursing home, then that person is charged the same, or less. I wish it were the case in all provinces. Medicare has never been different in the treatment of these people. If a person is a patient, even a convalescent patient, he cannot be overcharged anything. However, if he lives in a bed which happens to be a hospital bed instead of a nursing home bed, then he has often been charged something. They are not patients; they do not receive insured services.

[Traduction]

vivra, les soins médicaux qui lui seront administrés seront gratuits, mais il y aura des frais de chambre et pension. La personne serait considérée comme un malade chronique, mais non comme un malade chronique en convalescence. L'expression chronique peut être prise dans deux sens. Il peut s'agir soit de soins pour malades chroniques à court terme, auquel cas le malade ne paie rien, soit de soins pour malades chroniques à long terme, auquel cas le malade doit payer des frais de chambre et pension.

Le sénateur Phillips: Merci, monsieur le président. Je voudrais entre autres poser une question sur les malades chroniques. Je crains, Madame le Ministre, que nous ne soyons en train de miner le principe même du régime d'assurance-santé. On cherchait à l'origine à éviter la facturation de frais élevés. Or, je crains que l'application de cet article n'aboutisse justement à l'imposition de frais de chambre et pension qui pourraient finalement être assez élevés. Nulle part dans la Loi, ou dans les règlements, on ne définit comment ces coûts seront calculés. Les règlements contiennent-ils des dispositions relatives aux frais maximums pouvant être imposés pour les repas et les lits d'hôpitaux? Si un malade est hospitalisé dans un établissement neuf et que les frais par chambre sont établis en fonction de la superficie moyenne de la chambre par rapport au coût de l'hôpital, la facture pourrait être très élevée.

L'honorable Mme Bégin: La réponse est non. Les règlements ne contiennent rien à ce sujet parce que ces malades ne sont plus des assurés; ils ne reçoivent pas des services assurés. Je ne parle pas ici des personnes qui souffrent d'une maladie. On ne peut pas imposer des frais modérateurs aux malades, c'est évident. Il s'agit ici de personnes qui sont des malades chroniques et qui vivent de façon plus ou moins permanente dans un hôpital, ou plus généralement, dans une maison de repos. À l'Île-du-Prince-Édouard, par exemple—vous êtes de l'Île-du-Prince-Édouard, n'est-ce pas?

Le sénateur Phillips: Oui.

L'honorable Mme Bégin: Je tiens à féliciter l'Île-du-Prince-Édouard. Cette province ne facture absolument rien aux malades chroniques qui occupent des lits d'hôpitaux. Il y a trop de lits pour malades aigus dans les hôpitaux canadiens de telle sorte que certains lits d'hôpitaux servent à accueillir des malades chroniques à cause du manque de places dans les maisons de repos. Dans une maison de repos, ces malades paieraient selon leurs moyens. Dans la plupart des cas, les provinces sont assez raisonnables pour imposer des frais en fonction des prestations de Sécurité de la vieillesse et de Supplément de revenu garanti versées aux personnes âgées. Si une personne n'arrive pas à trouver une place dans une maison de repos, elle doit donc rester dans un lit d'hôpital, mais on lui impose alors des frais équivalents ou inférieurs. J'aimerais bien que toutes les provinces fassent la même chose. L'assurance-santé a toujours traité ces cas de la même façon. Si une personne est un malade, même un convalescent, on ne peut lui imposer des frais supplémentaires. Par contre, on impose souvent certains frais aux personnes qui occupent un lit d'hôpital mais qui devraient en fait vivre dans une maison de repos. Il ne s'agit pas véritablement de malades; ces personnes ne reçoivent pas des services assurés.

[Text]

Senator Phillips: Mr. Chairman, I find a contradiction between the minister's reply and the amendment. In the first case, if the patient cannot be charged, why is the amendment there allowing them to be charged?

Hon. Miss Bégin: To clarify that point, senator, the situation which exists in Quebec, and some other provinces, through which short term chronic care patients are charged, will stop. I am pleased to make that announcement. That is an unacceptable situation. You cannot start listing all the types of short term chronic care patients. I call them "short term" and by that I mean that their hospital stay is sometimes in the neighbourhood of seven months or less, that is, more than the 23.5 days which is the national average.

Senator Phillips: Mr. Chairman, I would suggest to the minister we should probably have a separate term for the short term chronic care patient as opposed to the long term chronic care patient. That would probably clarify the situation.

Hon. Miss Bégin: I do not think so, Senator Phillips. We had to use the language of the trade, if I can call it that. That is to say, what is most known to the milieu and the public. The term which is known to all is "chronic care", which means those who will be there forever. I am sorry for the use of my blunt language. It does not sound very humane but that is the reality I have to describe.

Senator Phillips: Mr. Chairman, to change the subject—

Senator Haidasz: With respect to the same subject, Mr. Chairman, may I just ask one question?

The Chairman: It is now 5.30, senators, please try and keep your questions short.

Senator Haidasz: Mine is a supplementary question which I would like to pose before we go on to Senator Phillips' other questions.

Senator Phillips: It is not the questions which are long, it is the answers, Mr. Chairman.

Senator Haidasz: Mr. Chairman, does the minister not think that out of compassion there should be a definite limit to the charges in the regulations for such patients in long term chronic care?

Hon. Miss Bégin: Personally, I think that they should not be charged. However, it is not for me to say since it is a provincial matter and was never part of insured health services under Medicare.

Senator Haidasz: What if the patient cannot pay?

Hon. Miss Bégin: If the person cannot pay, then he does not have to pay. Every province has programs which will meet that case. Please remember we are no longer talking of Medicare; we are talking of chronic care patients who are not patients. They are persons in need; they automatically fall under

[Traduction]

Le sénateur Phillips: Monsieur le président, je vois une contradiction entre la réponse du Ministre et l'amendement. Si on ne peut pas imposer de frais aux malades dans le premier cas, pourquoi autorise-t-on cette pratique dans l'amendement?

L'honorable Mme Bégin: Pour éclaircir ce point, sénateur, je suis heureuse d'annoncer qu'on va dorénavant cesser de faire payer des frais aux malades chroniques à court terme, comme c'est le cas actuellement au Québec et dans d'autres provinces. C'est une situation tout à fait inacceptable. Il est impossible de faire la liste de tous les genres de malades chroniques à court terme. Je les appelle malades chroniques à court terme et j'entends par là que leur séjour à l'hôpital dure parfois jusqu'à sept mois environ, c'est-à-dire plus de 23,5 jours, ce qui est la moyenne nationale.

Le sénateur Phillips: Monsieur le président, le Ministre ne pense-t-elle pas que nous devrions utiliser une autre expression pour les malades chroniques à court terme, afin de les distinguer des malades chroniques à long terme? Cela permettrait sans doute de clarifier la situation.

L'honorable Mme Bégin: Je ne le crois pas, sénateur Phillips. Nous employons le jargon du métier, si je puis m'exprimer ainsi. C'est-à-dire les termes les plus connus dans le milieu hospitalier et dans le public. L'expression que tout le monde connaît, c'est malade chronique, qui désigne les personnes qui seront là en permanence. Je m'excuse de m'exprimer aussi carrément. Cela n'a pas l'air très humain, mais c'est la réalité.

Le sénateur Phillips: Monsieur le président, pour changer de sujet...

Le sénateur Haidasz: Pourrais-je poser une autre question, monsieur le président, avant que vous ne passions à d'autre chose?

Le président: Il est maintenant 17 h 30, sénateurs, et je vous prierais d'abréger vos questions.

Le sénateur Haidasz: J'aurais une question supplémentaire à poser avant que vous ne donniez la parole au sénateur Phillips.

Le sénateur Phillips: Ce n'est pas les questions qui sont longues, ce sont les réponses, monsieur le président.

Le sénateur Haidasz: Monsieur le président, Madame le Ministre ne croit-elle pas que par esprit de compassion on devrait prévoir dans le règlement les limites précises quant aux frais que doivent assumer les patients qui reçoivent des soins chroniques à long terme?

L'honorable Mme Bégin: Je pense personnellement qu'il ne devrait y avoir dans ces cas aucuns frais. Cependant, ce n'est pas à moi de décider étant donné que c'est une question de compétence provinciale qui n'a rien à voir avec les services de santé offerts en vertu du régime d'assurance-maladie.

Le sénateur Haidasz: Qu'est-ce qui arrive si le patient ne peut payer?

L'honorable Mme Bégin: Alors, il n'a pas à le faire. Chaque province a des programmes qui s'appliquent dans ces cas. Il faut bien se rendre compte qu'on ne parle plus d'assurance-maladie, mais bien de malades chroniques qui ne sont pas au sens que nous l'entendons des patients. Ce sont des personnes

[Text]

another federal-provincial program called CAP, which offers that social assistance. In answer to both senators, that has a limit on amounts which can be charged.

Senator Bielish: My question is with respect to care and it has just been answered through other senators' questions. Fortunately, I was patient enough to wait.

Senator Phillips: Mr. Chairman, a number of provinces are considering a plan whereby there will be a deductible amount for Medicare hospitalization. I would suggest this is something very similar to automobile insurance where the first \$100 or \$200 is deductible. Would that be allowed under this legislation?

Hon. Miss Bégin: No, absolutely not. Perhaps that was the question Senator Bielish wished to ask, since Alberta is the one province where the doctors—not the province—are now discussing that situation. Of course, it would be a totally unacceptable situation since it poses a financial barrier. It is somewhat of a fiction to consider Medicare as a pure insurance scheme. The fact is the majority of Medicare costs in all provinces are paid by taxes. Premiums come on top and bring in a tiny revenue. Technically, a deductible would be a user charge and subject to penalty.

The Chairman: I know there are more questions which senators would like to ask of the minister. I also know that we are only prestudying the bill at this time and do not have the amendments before us. I would like to thank the minister, her deputy and officials for coming before us today and giving us the clear answers which they have given us. I would like to ask if they are prepared to come before us again if we need them when we receive the bill with its amendments as passed in the House of Commons?

Hon. Miss Bégin: Absolutely, Mr. Chairman.

The Chairman: That being the case, we will relieve you of your duties today. Thank you very much for coming. We will prepare many more questions for you. I know you will have the answers to them. If you do not, then we can ask you to come back a third time. We will allow you to go today and perhaps we will hear you in many places within the next few days.

I would ask honourable senators to stay for just a moment to discuss other business. On Tuesday next, we are proposing to have witnesses from the Canadian Medical Association. They will be here at 4.00 p.m. and the committee will meet then or whenever the Senate rises, whichever is the later.

Also, honourable senators, we would like to know if any of the members have suggestions as to other people whom we could invite to make submissions to the committee. I thought

[Traduction]

dans le besoin; elles sont automatiquement assujetties à un autre programme fédéral-provincial, le régime d'assistance publique du Canada, qui offre cette aide sociale. Pour répondre aux deux sénateurs, il y a donc une limite aux frais qui peuvent être imposés.

Le sénateur Bielish: Ma question se rapportait aux soins et le Ministre vient d'y répondre. Heureusement que je me suis montré patient.

Le sénateur Phillips: Monsieur le président, un certain nombre de provinces envisagent d'adopter, à l'égard des frais d'hospitalisation, un plan qui prévoirait une franchise, analogue à celle de 100 \$ ou 200 \$ imposée dans le cas de l'assurance-automobile. Cela serait-il permis en vertu de la loi?

L'honorable Mme Bégin: Absolument pas. Peut-être est-ce là la question que voulait poser le sénateur Bielish étant donné que l'Alberta est la seule province où les médecins—et non pas le gouvernement—envisagent cette possibilité. Bien entendu, ce serait une situation tout à fait inacceptable étant donné qu'elle imposerait une barrière financière. Je pense qu'il n'est pas juste de considérer l'assurance-maladie comme un pur régime d'assurance. Le fait est que la majorité des frais d'assurance-maladie dans toutes les provinces sont payés par les taxes. Les cotisations ne représentent qu'un faible pourcentage des recettes. Techniquement, une franchise équivaldrait à des frais modérateurs, et une amende serait susceptible d'être imposée.

Le président: Je sais que les sénateurs auraient d'autres questions à poser au Ministre. Il ne faut toutefois pas oublier que nous n'en sommes qu'à l'étude préliminaire du projet de loi et que nous n'avons été saisis d'aucun amendement. Je tiens remercier le Ministre, son sous-ministre et ses représentants d'être venus nous rencontrer aujourd'hui et d'avoir répondu aussi clairement à nos questions. J'aimerais savoir s'ils seraient prêts à nous rencontrer à nouveau si besoin est lorsque nous aurons été saisis du projet de loi et de ses amendements après qu'ils auront été adoptés par la Chambre des communes?

L'honorable Mme Bégin: Absolument, monsieur le président.

Le président: Nous vous laissons donc partir. Merci beaucoup d'être venus nous rencontrer. Nous aurons de nombreuses autres questions à vous poser. Je sais que vous pourrez y répondre. Dans le cas contraire, il se pourrait que nous vous demandions de revenir une troisième fois. Nous nous quittons donc pour aujourd'hui, peut-être nous entendrons-vous discuter de la question en plusieurs autres endroits au cours des quelques prochains jours.

Je demanderais aux honorables sénateurs de rester quelques minutes de plus pour discuter d'autres questions. Mardi prochain, nous nous proposons de rencontrer des représentants de l'Association médicale canadienne. Ils seront ici à 16 heures et le Comité les rencontrera alors ou lorsque le Sénat aura levé la séance, selon l'heure la plus tardive.

Je tiens également à vous demander, honorables sénateurs, si quelqu'un d'entre vous aurait des suggestions à faire quant aux gens que nous pourrions inviter à vous présenter des mémoires.

[Text]

we might invite the provincial ministers but perhaps we ought to wait for the amendments so that we shall have the bill as passed in the House of Commons to discuss with them, rather than the pre-study.

Senator Phillips: I wonder why it is necessary to wait? Why not extend the invitations now so that they are aware of it. It takes some time to prepare submissions and if we extend the invitations now, we can hear the submissions after the amendments have been tabled in the House of Commons.

The Chairman: In that event, we could not give them a definite date for their appearances. However, we could certainly give them advance notice.

Senator Tremblay: I would make the suggestion that we wait until we know what the amendments say before we invite anybody. Then we would be pleased to welcome them to express their views on the new amendments to the bill.

Senator Haidasz: I am not sure what the financial ramifications are of this bill because of the rising cost of medicare. I was wondering whether the steering committee has decided anything with regard to my suggestion that we should have at least one top health economist appear before the committee to tell us something about the cost implications of medicare and how this bill will either improve or deteriorate things.

The Chairman: Senator Haidasz, do you have a name which you would like to suggest as an economist who could advise the committee on whether this bill will interfere with the financial arrangement between the federal and provincial governments as it now stands?

Senator Haidasz: Since there were at least two economists who appeared before the House of Commons committee, perhaps we should hear from someone else.

The Chairman: Do you have someone in mind?

Senator Haidasz: Yes, I have someone in mind. I shall tell you who it is, if he is still around.

The Chairman: Perhaps you would telephone the clerk or myself and advise us of the name.

Senator Tremblay: Perhaps, Mr. Chairman, if we have names of witnesses, we should discuss, that, too.

The Chairman: I wanted to find out from the committee how many different groups we should invite. We would like some consumers, some representation from the provinces, some economists and of course we will hear from the medical people. We could go on until next December having people here, but I do not think that is necessary. Ideally, we should have some key from different fields, but we must give the provinces an opportunity to make submissions since we are here to represent the regions.

[Traduction]

J'ai pensé que nous pourrions inviter les ministres provinciaux à nous rencontrer. Étant donné toutefois que nous n'en sommes qu'à l'étude préliminaire du projet de loi, il serait peut-être préférable d'attendre les amendements de façon à pouvoir discuter avec eux de la version adoptée par la Chambre des communes.

Le sénateur Phillips: Je me demande pourquoi il est nécessaire d'attendre. Pourquoi ne pas lancer les invitations immédiatement de façon à ce que les intéressés sachent à quoi s'en tenir? Il faut un certain temps pour rédiger des mémoires et si nous invitons des témoins dès maintenant, nous pourrions les entendre après que les amendements auront été présentés à la Chambre.

Le président: Dans ce cas, nous ne pourrions pas leur donner de date définitive. Cependant, il est vrai qu'ils auraient le temps voulu pour se préparer.

Le sénateur Tremblay: Je suggère que nous attendions d'avoir été saisis des amendements avant d'inviter qui que ce soit, car les témoins pourraient alors nous faire connaître leurs vues sur ceux-ci.

Le sénateur Haidasz: Je ne sais pas au juste ce que seront les ramifications financières du projet de loi étant donné le coût croissant de l'assurance-maladie. Je me demandais si le Comité de direction avait pris une décision au sujet de ma suggestion d'inviter un économiste du domaine de la santé qui informerait le comité des répercussions financières de l'assurance-maladie et nous dirait si le projet de loi améliorerait ou dégraderait les choses.

Le président: Sénateur Haidasz, pourriez-vous nous suggérer le nom d'un économiste qui pourrait dire au comité si le projet de loi risque de nuire aux accords de financement qui existent actuellement entre les gouvernements fédéral et provinciaux?

Le sénateur Haidasz: Étant donné qu'au moins deux économistes ont déjà témoigné devant le Comité de la Chambre des communes, peut-être pourrions-nous avoir l'avis de quelqu'un d'autre.

Le président: Pensez-vous à quelqu'un en particulier?

Le sénateur Haidasz: Oui. Je pourrai vous donner son nom s'il est encore dans les parages.

Le président: Peut-être pourriez-vous nous téléphoner au greffier ou à moi pour nous indiquer son nom.

Le sénateur Tremblay: Si nous avons le nom de témoins, monsieur le président, nous pourrions peut-être en discuter.

Le président: Je voulais avoir l'avis du comité sur le nombre de groupes différents que nous devrions inviter. Nous aimerions entendre des contribuables, des représentants des provinces, des économistes et bien entendu des médecins. Nous pourrions rencontrer des témoins jusqu'à décembre prochain, mais je ne pense pas que ce soit nécessaire. Idéalement, il nous faudrait entendre des représentants des divers domaines, mais il nous faut donner aux provinces l'occasion de présenter des témoignages étant donné que nous sommes ici pour représenter les régions.

[Text]

Senator Tremblay: What I have in mind is this, Mr. Chairman: When the amendments are known, then I would be in a position to suggest a couple of names to you as witnesses, if they are available, to clarify a number of things. I am not speaking particularly of the provincial governments.

The Chairman: I believe that the amendments will be presented in the other place today and we should have the bill here by Monday so that, when the medical people come here on Tuesday, we will know what these amendments are.

Senator Tremblay: Perhaps at that time, I could make some suggestions about some witnesses.

The Chairman: In that case, the Chair will contact the provinces in the next day or two and invite them to appear. As soon as we hear what the amendments are, we will let them know and give them a date for their appearance. If they do not want to appear, they might wish to send a brief. In any event, the CMA witnesses will be here on Tuesday and perhaps at that time Senator Tremblay and Senator Haidasz will let us have those names.

If we have nothing further to discuss today, may I have a motion for adjournment?

Senator Tremblay: I so move.

Senator Haidasz: I second the motion.

The committee adjourned.

[Traduction]

Le sénateur Tremblay: Voici ce à quoi je pense, monsieur le président: lorsque les amendements auront été annoncés, je serai en mesure de vous proposer un certain nombre de noms et si ces témoins peuvent, nous rencontrer, ils pourront nous expliquer certaines choses. Je ne pensais pas particulièrement aux gouvernements provinciaux.

Le président: Je crois que les amendements seront présentés à l'autre endroit aujourd'hui, et nous devrions être saisis du projet de loi d'ici lundi de sorte que quand les médecins nous rencontreront mardi, nous saurons à quoi nous en tenir.

Le sénateur Tremblay: Peut-être que je pourrai à ce moment-là faire des suggestions quant aux témoins.

Le président: Dans ce cas, la présidence communiquera avec les provinces dans les jours qui suivront pour inviter de leurs représentants à témoigner. Dès que nous connaîtrons la teneur des amendements, nous les en informerons et arrêterons la date de leur témoignage. Si des représentants provinciaux ne veulent pas témoigner, peut-être désireront-ils nous envoyer un mémoire. Quoi qu'il en soit, des représentants de l'Association médicale seront parmi nous mardi et peut-être à ce moment-là les sénateurs Tremblay et Haidasz nous soumettront-ils des noms.

Si c'est tout pour aujourd'hui, peut-être quelqu'un pourrait-il présenter une motion d'ajournement?

Le sénateur Tremblay: Je propose cette motion.

Le sénateur Haidasz: J'appuie la motion.

La séance est levée.



If undelivered, return COVER ONLY to:
Canadian Government Publishing Centre,
Supply and Services Canada,
Ottawa, Canada, K1A 0S9

En cas de non-livraison,
retourner cette COUVERTURE SEULEMENT à:
Centre d'édition du gouvernement du Canada,
Approvisionnement et Services Canada,
Ottawa, Canada, K1A 0S9

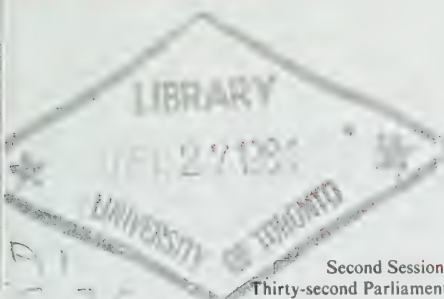
WITNESSES—TÉMOINS

From the Department of National Health and Welfare:

Dr. Maureen Law, Associate Deputy Minister;
Mr. David Beavis, Director General, Information Systems,
Policy Planning and Information Directorate;
Mr. Donald MacNaught, Chief, Hospital Insurance, Health
Services and Promotion Branch.

Du ministère de la Santé nationale et du Bien-être social:

M^{me} Maureen Law, sous-ministre associé;
M. David Beavis, directeur général, Direction des systèmes
d'information, politique, planification et information;
M. Donald MacNaught, chef, Assurance-hospitalisation,
Direction générale des services de la promotion de la
santé.



Second Session
Thirty-second Parliament, 1983-84

Deuxième session de la
trente-deuxième législature, 1983-1984

SENATE OF CANADA

SÉNAT DU CANADA

*Proceedings of the Standing
Senate Committee on*

*Délibérations du comité
sénatorial permanent des*

Social Affairs, Science and Technology

Affaires sociales, des sciences et de la technologie

Chairman:
The Honourable M. LORNE BONNELL

Président:
L'honorable M. LORNE BONNELL

Tuesday, March 27, 1984

Le mardi 27 mars 1984

Issue No. 2

Fascicule n° 2

Second Proceedings on

Deuxième fascicule concernant

The subject-matter of Bill C-3: "An Act relating to cash contributions by Canada in respect of insured health services provided under provincial health care insurance plans and amounts payable by Canada in respect of extended health care services and to amend and repeal certain Acts in consequence thereof"

La teneur du Projet de loi C-3: «Loi concernant les contributions pécuniaires du Canada aux services de santé assurés pris en charge par les régimes provinciaux d'assurance-santé et les montants payables par le Canada pour les programmes de services complémentaires de santé, et modifiant certaines lois en conséquence»

WITNESSES:
(See back cover)

TÉMOINS:
(Voir à l'endos)

THE STANDING SENATE COMMITTEE ON
SOCIAL AFFAIRS, SCIENCE AND TECHNOLOGY

The Honourable M. Lorne Bonnell, *Chairman*

The Honourable Orville H. Phillips, *Deputy Chairman*

The Honourable Senators:

Bielish	Marshall
Bonnell	McGrand
Cottreau	*Olson
*Flynn	Phillips
Haidasz	Rousseau
Hébert	Tremblay
Inman	Wood

**Ex Officio Members*

(Quorum 5)

COMITÉ SÉNATORIAL PERMANENT DES
AFFAIRES SOCIALES, SCIENCES ET TECHNOLOGIE

Président: L'honorable M. Lorne Bonnell

Vice-président: L'honorable Orville H. Phillips

Les honorables sénateurs:

Bielish	Marshall
Bonnell	McGrand
Cottreau	*Olson
*Flynn	Phillips
Haidasz	Rousseau
Hébert	Tremblay
Inman	Wood

**Membres d'office*

(Quorum 5)

ORDER OF REFERENCE

Extract from the Minutes of Proceedings of the Senate, Tuesday, March 20, 1984:

"The Order being read,
With leave of the Senate,

The Honourable Senator Bonnell resumed the debate on the motion of the Honourable Senator Frith, seconded by the Honourable Senator Langlois:

That the Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology be authorized to examine the subject-matter of the Bill C-3, intituled: "An Act relating to cash contributions by Canada in respect of insured health services provided under provincial health care insurance plans and amounts payable by Canada in respect of extended health care services and to amend and repeal certain Acts in consequence thereof", in advance of the said Bill coming before the Senate, or any matter relating thereto;

That the Committee have power to adjourn from place to place within Canada; and

That the Committee be authorized to engage the services of such counsel and technical, clerical and other personnel as may be required for the said examination.

After debate,

In amendment, the Honourable Senator Bonnell moved, seconded by the Honourable Senator Giguère, that the motion be amended by deleting the second paragraph thereof.

After debate, and—

The question being put on the motion in amendment, it was—

Resolved in the affirmative.

The question being put on the motion as amended, it was—

Resolved in the affirmative."

ORDRE DE RENVOI

Extrait des Procès-verbaux du Sénat le mardi 20 mars 1984:

«A la lecture de l'ordre adopté,
Avec la permission du Sénat,

L'honorable sénateur Bonnell reprend le débat sur la motion de l'honorable sénateur Frith, appuyé par l'honorable sénateur Langlois,

Que le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie soit autorisé à étudier la teneur du Projet de loi C-3, intitulé: «Loi concernant les contributions pécuniaires du Canada aux services de santé assurés pris en charge par les régimes provinciaux d'assurance-santé et les montants payables par le Canada pour les programmes de services complémentaires de santé, et modifiant certaines lois en conséquence», avant que ce projet de loi ou les questions s'y rattachant ne soient soumis au Sénat;

Que le Comité soit autorisé à voyager où que ce soit au Canada;

Que le Comité soit autorisé à retenir les services des conseillers et du personnel technique, de bureau et autre dont il pourra avoir besoin aux fins de son enquête.

Après débat,

En amendement, l'honorable sénateur Bonnell propose, appuyé par l'honorable sénateur Giguère, que l'on modifie la motion en retranchant le deuxième paragraphe.

Après débat,

La motion d'amendement, mise aux voix, est adoptée.

La motion, telle que modifiée, mise aux voix, est adoptée.»

Le greffier du Sénat

Charles A. Lussier

Clerk of the Senate

MINUTES OF PROCEEDINGS

TUESDAY, MARCH 27, 1984
(5)

[Text]

The Standing Senate Committee on Social affairs, Science and Technology met this day, at 4:07 p.m., the Chairman, the Honourable Senator Bonnell presiding.

Members of the Committee present: The Honourable Senators Bonnell, Haidasz, Inman, Marshall, McGrand, Phillips, Rousseau, Tremblay and Wood. (9)

In attendance: Ms. Mildred J. Morton, Research Associate, Library of Parliament.

*Witnesses:**From the Canadian Medical Association:*

Dr. Everett Coffin, President;
Dr. Orville Adams;
Mr. B. E. Freamo, Secretary General;
Mr. D. A. Geekie, Director of Communications.

From the Canadian Association of Interns and Residents and "La Fédération des médecins, résidents et internes du Québec":

Dr. Stanley Kutcher, Member, Executive Committee, Ontario Branch;
Dr. Barbara Kane, Member, Executive Committee, Ontario Branch;
Mr. James McDonald, Legal counsel.

The Committee proceeded to examine and consider the subject-matter of Bill C-3 intituled: "An Act relating to cash contributions by Canada in respect of insured health services provided under provincial health care insurance plans and amounts payable by Canada in respect of extended health care services and to amend and repeal certain Acts in consequence thereof."

The witnesses made statements and answered questions.

At 5:59 p.m., the Committee adjourned to the call of the Chair.

ATTEST:

Le greffier du Comité

Erika Bruce

Clerk of the Committee

PROCÈS-VERBAL

LE MARDI 27 MARS 1984
(5)

[Traduction]

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit aujourd'hui à 16 h 07 sous la présidence de l'honorable sénateur Bonnell (président).

Membres du Comité présents: Les honorables sénateurs Bonnell, Haidasz, Inman, Marshall, McGrand, Phillips, Rousseau, Tremblay et Wood. (9)

Aussi présente: M^{me} Mildred J. Morton, attachée de recherche, Bibliothèque du Parlement.

*Témoins:**De l'Association médicale canadienne:*

M. Everett Coffin, président;
M. Orville Adams;
M. B. E. Freamo, secrétaire général;
M. D. A. Geekie, directeur, Communications.

De la «Canadian Association of Interns and Residents» et de la Fédération des médecins, résidents et internes du Québec:

M. Stanley Kutcher, membre, Comité exécutif, Section de l'Ontario;
M^{me} Barbara Kane, membre, Comité exécutif, Section de l'Ontario;
M. James McDonald, conseiller juridique.

Le Comité poursuit l'étude de la teneur du projet de loi C-3 intitulé: «Loi concernant les contributions pécuniaires du Canada aux services de santé assurés pris en charge par les régimes provinciaux d'assurance-santé et les montants payables par le Canada pour les programmes de services complémentaires de santé, et modifiant certaines lois en conséquence».

Les témoins font des déclarations et répondent aux questions.

A 17 h 59, le Comité suspend ses travaux jusqu'à nouvelle convocation du Président.

ATTESTÉ:

EVIDENCE

Ottawa, Tuesday, March 27, 1984

[Text]

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met this day at 4 p.m. to consider the subject matter of Bill C-3, relating to cash contributions by Canada in respect of insured health services provided under provincial health care insurance plans and amounts payable by Canada in respect of extended health care services and to amend and repeal certain acts in consequence thereof.

Senator M. Lorne Bonnell (*Chairman*) in the Chair.

The Chairman: Honourable senators, we are here today to continue our study of the new Canada Health Act in accordance with the reference of the Senate of March 20, 1984, which states:

That the Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology be authorized to examine the subject matter of Bill C-3, intituled: "An Act relating to cash contributions by Canada in respect of insured health services provided under provincial health care insurance plans and amounts payable by Canada in respect of extended health care services and to amend and repeal certain Acts in consequence thereof," in advance of the said Bill coming before the Senate, or any matter relating thereto;

Today we have with us representatives of the Canadian Medical Association. I shall turn the meeting over to Dr. Everett Coffin, the President of the association. Before making a statement, perhaps he would introduce his colleagues who are appearing with him today.

Dr. Everett Coffin, President, Canadian Medical Association: Thank you, Mr. Chairman. To my immediate right is Mr. B. E. Freamo, the Secretary General of the association. Next to him is Mr. Douglas Geekie, Director of Communications of the Canadian Medical Association; and Mr. Orvill Adams, Director of Economic Research for the association. Mr. Adams is replacing Dr. Baltzan who regrets that he is unable to attend today's proceedings.

Tout d'abord, monsieur le président, j'aimerais vous remercier pour l'opportunité que vous nous offrez de présenter nos vues à votre comité. Nous étions sous l'impression que vous aviez reçu notre présentation à votre comité ainsi que les lettres que nous avions adressées. Nous les avions présentées dans les deux langues officielles et tôt ou tard vous les recevrez.

Nous allons présenter brièvement, avec votre permission, les faits saillants qui nous intéressent et vous offrir par la suite l'occasion, si vous le désirez, de poser les questions qu'il vous plaise.

I would like to say that we agree with a lot that is contained in Bill C-3. So far as accountability, portability and visibility is concerned, there is no discussion. However, we do have a few reservations, and we would like to present those for your attention. We believe that the main problem of health care in

TÉMOIGNAGES

Ottawa, le mardi 27 mars 1984

[Traduction]

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit aujourd'hui à 16 heures pour étudier la teneur du projet de loi C-3, concernant les contributions pécuniaires du Canada aux services de santé assurés pris en charge par les régimes provinciaux d'assurance-santé et les montants payables par le Canada pour les programmes de services complémentaires de santé, et modifiant certaines lois en conséquence.

Le sénateur M. Lorne Bonnell (*président*) occupe le fauteuil.

Le président: Honorables sénateurs, nous siégeons aujourd'hui pour continuer notre étude de la nouvelle Loi canadienne sur la santé, conformément à l'ordre de renvoi que nous avons reçu du Sénat le 20 mars 1984 et qui prévoit ce qui suit:

Que le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie soit autorisé à étudier la teneur du projet de loi C-3 intitulé: «Loi concernant les contributions pécuniaires du Canada aux services de santé assurés pris en charge par les régimes provinciaux d'assurance-santé et les montants payables par le Canada pour les programmes de services complémentaires de santé, et modifiant certaines lois en conséquence», avant que ce projet de loi ou les questions s'y rattachant ne soient soumis au Sénat.

Nous accueillons aujourd'hui des représentants de l'Association médicale canadienne. Je cède la parole au Dr. Everett Coffin, président de l'Association. Avant de faire une déclaration, celui-ci voudra bien nous présenter les confrères qui l'accompagnent aujourd'hui.

M. Everett Coffin, président, Association médicale canadienne: Merci, monsieur le président. Immédiatement à ma droite se trouve, M. B. E. Freamo, secrétaire général de l'Association. A ses côtés, M. Douglas Geekie, directeur des communications de l'Association médicale canadienne, et M. Orvill Adams, directeur de la recherche économique. M. Adams remplace M. Baltzan qui regrette de ne pouvoir assister à la séance.

First of all, Mr. Chairman, I would like to thank you for the opportunity you have given us to present our views to your Committee. We were under the impression that you had received our presentation to the Committee and also the letters we addressed to you. We prepared them in both official languages, and you'll be getting them sooner or later.

With your permission, we will present briefly the salient facts that are of interest to us and then you will have the opportunity, if you like, to ask any questions you want.

J'aimerais dire que nous appuyons bon nombre des dispositions du projet de loi C-3. Nous n'avons rien à redire en ce qui concerne la responsabilité, la transférabilité et l'universalité, nous avons toutefois certaines réserves dont nous aimerions vous faire part. Selon nous, le principal problème qui se pose

[Text]

Canada is underfunding, and we would like to make special reference to the Atlantic provinces where, in our view, there should be some catch-up. In a public survey conducted by the Canadian Medical Association, we found that 80 per cent of the people surveyed agreed with our view. The second problem on which we have some reservation is that of extra billing and user fees. We believe that abolishing extra billing will diminish the economic freedom of the profession and will remove all our bargaining power. With regard to user fees, we have serious doubts that in the future the taxation money from government will suffice to cover future costs. The third item with which we are concerned is that, as Canadian citizens, we feel that the Canada Health Act creates a problem in the realm of federal-provincial relations. We believe that the Canadian Constitution Act has clearly defined the responsibilities of the provinces in matters dealing with health, and we see the federal government using its spending power to cause provinces to pass laws which they would not do if they were free.

In conclusion, we do not believe that the Canada Health Act contains enough protection for the medical profession. As you know, we had asked for binding arbitration, which is a concept put forward by no other than Mr. Justice Emmett Hall. That was not accepted. A further reservation that we have concerns the amendment put forward by the next generation of doctors, who today are represented by an association called the Canadian Association of Interns and Residents. They do not find in the act any guarantee that they will be able to practise medicine anywhere in Canada.

With those few general remarks, we shall be pleased to answer any questions. Thank you.

The Chairman: Perhaps I could ask the first question in order to clarify the record. Is it the opinion of the Canadian Medical Association that basically it supports the principle of medicare in Canada?

Dr. Coffin: Quite definitely. We are definitely in favour of medicare. As a matter of fact, we founded it, actually, back in the 1930s. The CMA put forward that proposition, and we are still very much behind it.

The Chairman: Regarding the user fee provision, which you feel should not be in the act, what percentage of the total of doctors' fees are made up of user fees?

Dr. Coffin: Very little. The figure that we hear most often is that roughly 2 per cent of money that is received by doctors comes from extra billing. The evidence tends to show there has been a decrease in the amount of money collected through extra billing, in the number of doctors who extra bill, and we disagree with those who pretend that, because of an increase in those extra billing fees, medicare is being eroded. All of the evidence that we have tends to suggest the contrary.

Senator McGrand: Dr. Coffin, would you explain what is meant by user fees and extra billing, because some people do not understand their meaning?

[Traduction]

dans le cas du régime d'assurance-santé du Canada en est un de financement. Nous aimerions parler plus particulièrement des provinces de l'Atlantique où, à notre avis, il y a du rattrapage à faire. Dans le cadre d'une enquête menée par l'Association médicale canadienne nous avons constaté que les personnes qui ont été échantillonnées partagent notre avis dans une proportion de 80 p. 100. Nous émettons également des doutes à l'égard de la surfacturation et des frais modérateurs. Nous croyons que l'abolition de la surfacturation diminuera notre indépendance matérielle et sapera notre pouvoir de négociation. En ce qui concerne les frais modérateurs, nous doutons sérieusement que les impôts suffisent à couvrir les coûts futurs. Enfin, en tant que citoyens canadiens, nous estimons que la Loi canadienne sur la santé pose un problème au chapitre des relations fédérales-provinciales. Nous estimons que la Loi constitutionnelle de 1982 définit clairement les responsabilités des provinces dans le domaine de la santé et nous nous rendons compte que le gouvernement fédéral utilise son pouvoir de dépenser pour obliger les provinces à adopter des lois qu'elles n'adopteraient certes pas si elles en avaient la possibilité.

En conclusion, nous ne croyons pas que la Loi canadienne sur la santé protège suffisamment la profession médicale. Vous le savez, nous avons demandé que soit adopté de concept de l'arbitrage exécutoire, avancé par nul autre que le juge Emmett Hall; or, cela n'a pas été fait. Nous exprimons également des réserves au sujet de l'amendement proposé par les futurs médecins qui sont représentés ici aujourd'hui par la *Canadian Association of Interns and Residents*. Ceux-ci ne trouvent dans la loi rien qui garantisse le droit de pratiquer la médecine partout au Canada.

Sur ce nous serons maintenant heureux de répondre à vos questions. Merci.

Le président: Je pourrais peut-être poser la première question pour mettre les choses bien au clair. L'Association médicale canadienne appuie-t-elle fondamentalement le principe de l'assurance-maladie au Canada?

M. Coffin: Oui. Nous sommes tout à fait favorables à l'assurance-maladie. Nous l'avons en fait mise sur pied dans les années 30. C'est notre Association qui a proposé le régime et elle continue à l'appuyer.

Le président: En ce qui concerne la disposition concernant les frais modérateurs, laquelle selon vous ne devrait pas se trouver dans la loi, les frais modérateurs représentent quel pourcentage des honoraires globaux du médecin?

M. Coffin: Environ 2 p. 100 à peine de l'argent que touchent les médecins proviennent de la surfacturation. C'est du moins le pourcentage qu'on cite le plus souvent. Tout laisse croire qu'il y a eu diminution des sommes perçues par le biais de la surfacturation ainsi que du nombre de médecins qui se livrent à cette pratique. Nous ne sommes pas d'accord avec ceux qui prétendent que l'augmentation des frais imposés par la surfacturation provoque l'érosion de l'assurance-maladie. Toutes les preuves que nous avons laissent supposer le contraire.

Le sénateur McGrand: Monsieur Coffin, pourriez-vous nous expliquer ce que vous entendez par frais modérateurs et par surfacturation, parce que certaines personnes n'en comprennent pas très bien la signification?

[Text]

Dr. Coffin: Mr. Chairman, I would ask Mr. Freamo to reply to that.

Mr. B. E. Freamo, Secretary General, Canadian Medical Association: Extra billing is the amount that doctors bill in excess of the benefit payments which the provinces make to the doctors. User fees are amounts which provinces or hospitals charge in a variety of ways when patients are treated in hospital. The user fee may be a fee in the out-patient department, or a fee charged on a per diem basis while the patient is in hospital. Usually there is a maximum associated with the user fee. The user fee is a hospital fee, and extra billing is the amount that doctors charge above the benefits.

Senator McGrand: A user fee does not go into the doctor's pocket?

Mr. Freamo: Not at all.

The Chairman: Thank you, senator. I should point out to the witnesses that Senator McGrand formerly practised medicine in New Brunswick as a doctor, and still keeps abreast of developments in the field of medicine. He is asking questions for clarification purposes for the benefit of those of us who perhaps do not understand how the medical profession operates.

Senator Phillips: Mr. Chairman, I am not terribly shocked by the so-called extra billing. Has the Medical Association made any effort to explain extra billing in the past? For example, anaesthetists seem to receive most of the publicity. There are differences in the qualifications, experience and skills of individual anaesthetists. This bill reduces them all to the same level. Has the association made any effort to explain extra billing to the public in that regard?

Mr. D. A. Geekie, Director of Communications, Canadian Medical Association: Yes, we have. It is difficult to do so on a national basis because we do not have a national health care insurance program; we have 10 individual provincial programs. The system works very differently from one province to another and the terminology of extra billing has become as Mr. Freamo has indicated, but it does vary considerably. For example, in Ontario and five other provinces, to bill the patient directly the physician must opt out of the plan entirely. In essence he carries on the same as a lawyer or any other professional and presents his bill as he sees fit to the patient. It may be the amount that medicare provides or it may be somewhat in excess of that. Then the patient is reimbursed his insurance benefit from the provincial government. The association and the profession is concerned about extra billing or any other impediment which would prevent patients from getting the medical care they require and need. We are of the opinion that extra billing has not been a major impediment to people receiving the care that they require. For example, there is one physician in the whole of Newfoundland who, on occasion, extra-bills some patients and in the province of your chairman, there is not a single physician who does so. You can go across the country and, in essence, find a decrease in the level of extra billing in practically every one.

[Traduction]

M. Coffin: Monsieur le président, je demanderais à M. Freamo de répondre à cette question.

M. B. E. Freamo, secrétaire général, Association médicale canadienne: Par «surfacturation», on entend le montant que les médecins facturent en sus du montant que leur versent les provinces pour la prestation de leurs services. Par «frais modérateurs», on entend les montants que les provinces ou les hôpitaux exigent de diverses façons pour le traitement des malades. Il peut s'agir de frais exigés du service des consultations externes ou de frais calculés une base journalière lorsque le malade séjourne à l'hôpital. Un plafond est habituellement fixé en ce qui a trait aux frais modérateurs. Les frais modérateurs sont les frais hospitaliers alors que la surfacturation est le montant que le médecin exige en sus de ce qu'il touche pour la prestation de ses services.

Le sénateur McGrand: Ce n'est pas le médecin qui empêche?

M. Freamo: Pas du tout.

Le président: Merci, sénateur. Je souligne aux témoins que le sénateur McGrand a déjà pratiqué la médecine au Nouveau-Brunswick et qu'il se tient au courant des développements dans ce domaine. Il pose des questions pour obtenir des éclaircissements et ce, au nom de ceux d'entre nous qui ne comprendraient peut-être pas les rouages de la profession.

Le sénateur Phillips: Monsieur le président, je ne me scandalise pas énormément de la surfacturation. L'Association médicale s'est-elle efforcée par le passé d'expliquer de quoi il s'agissait? Par exemple, les anesthésistes semblent être la cible de presque toute la publicité. Bien que les compétences et l'expérience des anesthésistes diffèrent, ce projet de loi met ceux-ci sur un pied d'égalité. L'Association s'est-elle efforcée d'expliquer au public ce qu'est la surfacturation à cet égard?

M. D. A. Geekie, directeur des communications, Association médicale canadienne: Oui, nous l'avons fait. Il est toutefois difficile de le faire à l'échelle du pays parce que nous n'avons pas de programme national d'assurance-maladie, mais bien dix programmes provinciaux. Le système est très différent d'une province à l'autre et, comme l'a dit M. Freamo, il en va de même pour la surfacturation. Par exemple, en Ontario et dans cinq autres provinces, le médecin doit se dissocier complètement du régime s'il veut facturer directement son malade. Grosso modo, il possède à peu près comme un avocat ou n'importe quel autre professionnel et présente sa facture en fonction des services offerts au malade. Il peut exiger le montant prévu par le régime ou un montant plus élevé. Le malade obtient ensuite du gouvernement provincial le montant prévu pour la prestation. L'Association et les membres de la profession expriment des craintes au sujet de tout mécanisme qui aurait pour effet d'empêcher les malades d'obtenir les soins médicaux dont ils ont besoin. Or, nous sommes d'avis que la surfacturation ne constitue pas pour les malades un obstacle important à l'obtention des soins nécessaires. Dans toute la province de Terre-Neuve par exemple, il n'y a qu'un seul médecin qui apte, à l'occasion, pour la surfacturation, et dans

[Text]

However, there are some problems related to geographic areas, particularly with some specialists where a fairly large proportion of the particular specialty involves extra billing or, at least, opting out. It does not necessarily mean that if a doctor opts out he will extra bill because frequently he will bill what the plan provides. We have not tried to deny or hide that there is a problem. We have made efforts to correct it in a some provinces with some degree of success to ensure that people in certain areas who require services receive them at the insured rate. I want to make it very clear that the profession is supportive of medicare and supportive of the position that whatever the reason patients should not be denied the right to access to care they require, whether it is a financial impediment by extra billing or whatever.

Senator Phillips: Mr. Chairman, I seem to recall from the correspondence under deliberation before the other place that the Medical Association took the viewpoint that the medicare program should be expanded. In what way would you like to see the program expanded? In my view Bill C-3 ignores a number of the problems facing health care today. What would you like to see included in the bill?

Mr. Freamo: Mr. Chairman, we feel that Bill C-3 does not address the most important problems we face in the health care system today. First and foremost is the problem of funding. We see this in two ways. We do not really see a problem in terms of the current level of payments to doctors. We think that in most provinces, with the exception of Quebec, the current levels of payments to doctors are reasonable. However, we are concerned that the hospitals across this country do not have the money they need to provide first quality care to Canadians. We see this as the major problem in the health care system. The evidence of that, of course, is the lengthy wait before people can get into a hospital to have surgery performed. We would like to see sufficient funding to ensure the availability of the health care we have promised to Canadians.

The Atlantic provinces in particular have problems in the funding of their system. Our present method of providing per capita payments to the provinces across the country does not take into consideration the economic problems of the Atlantic provinces. While it is true that they get additional funds from the federal government based on their fiscal capacity in other areas, these funds are not sufficient to upgrade the quality of the system in those provinces. The funds enable the provinces to maintain their standards from year to year and provide the same level of services. However, there is nothing in the system at the moment that allows them to catch up in terms of funds needed to move the quality of care in the Atlantic provinces to the same level as it is in the rest of Canada. The Minister of

[Traduction]

la province de votre président, il n'y en a aucun. Si vous parcourez le Canada, vous vous rendrez compte que la surfacturation y diminue presque partout.

Toutefois, certains problèmes sont associés à des régions géographiques particulières, surtout chez certains spécialistes qui, pour un nombre important d'actes médicaux, doivent avoir recours à la surfacturation ou, à tout le moins, se désaffilier. Cela ne signifie pas nécessairement que si un médecin se retire du programme il pratiquera la surfacturation. Plus souvent qu'autrement, il exigera le montant prévu par le régime. Nous n'avons tenté ni de nier l'existence ni de le dissimuler du problème. Nous nous sommes efforcés de le corriger dans certaines provinces, avec un certain succès d'ailleurs, afin que les résidents de certaines régions qui ont besoin de services les obtiennent au taux prévu. Je veux établir clairement que les membres de la profession appuient le programme d'assurance-maladie et sont d'avis que les malades ne devraient pas se voir refuser les soins dont ils ont besoin pour quelque motif que ce soit, financier ou autre.

Le sénateur Phillips: Monsieur le président, il me semble, d'après un document dont ont discuté les membres du comité de l'autre endroit, que l'Association médicale était d'avis que le programme d'assurance-maladie devait être élargi. Quelle forme cet élargissement devrait-il revêtir? A mon avis, le projet de loi C-3 ne tient pas compte d'un certain nombre de problèmes qu'éprouvent les responsables du régime d'assurance-maladie. Qu'aimeriez-vous voir inclure dans le projet de loi?

M. Freamo: Monsieur le président, nous estimons que le projet de loi C-3 n'aborde pas les problèmes les plus importants qui sont associés au régime d'assurance-maladie aujourd'hui. Il y a en tout premier lieu le problème du financement, qui comporte selon nous deux aspects. Nous ne croyons pas qu'il y ait vraiment de problème en ce qui concerne le niveau actuel des paiements versés aux médecins. Nous croyons que dans la plupart des provinces, à l'exception du Québec, les niveaux actuels sont raisonnables. Nous nous inquiétons toutefois du fait que les hôpitaux du Canada ne disposent pas des fonds nécessaires pour assurer des soins hors pair aux Canadiens. Nous estimons qu'il s'agit là du principal problème du régime d'assurance-maladie. La longue période d'attente imposée à quiconque doit subir une intervention chirurgicale prouve le bien-fondé de notre affirmation. Nous aimerions que les crédits disponibles permettent d'offrir les soins de santé que nous avons promis aux Canadiens.

Le régime d'assurance-maladie des provinces de l'Atlantique éprouve, en particulier, des problèmes de financement. Notre méthode actuelle qui consiste à verser aux provinces du Canada des montants calculés en fonction du nombre de personnes ne tient pas compte des problèmes économiques des provinces de l'Atlantique. Bien qu'il soit vrai que celles-ci obtiennent du gouvernement fédéral des crédits supplémentaires fondés sur leur assiette fiscale dans d'autres domaines, ces fonds ne suffisent pas à améliorer la qualité du régime. Ceux-ci leur permettent de maintenir leurs normes d'année en année ainsi que la qualité des services. Toutefois, rien n'est pour l'instant prévu au sein du système qui leur permette d'obtenir les fonds dont elles auraient besoin pour offrir des

[Text]

Finance, the Minister of National Health and Welfare and the premiers of the four Atlantic provinces estimated two years ago that their care was about 20 per cent below the quality of care available to other Canadians. The Atlantic provinces have asked for help to offset this position and allow them to catch up. To us, this is perhaps the most important factor in our health care system that is not addressed in this bill.

Senator Phillips: Mr. Chairman, the witness referred to waiting lists in hospitals. At a meeting the other day I mentioned to the Minister of National Health and Welfare Alberta's viewpoint that the funding is actually at a ratio of 86/14 when the tax credit points are removed and that the province takes the viewpoint that the tax credits originate in the province. The minister replied to the effect that Alberta has built too many hospitals. In fact, I think her words were that they have built hospitals all over the place. Is that the general case across Canada?

Mr. Freamo: There has been some criticism of the decision in Alberta which has been building 10-bed hospitals around the province recently. The problems that we see in hospitals are not ones found in the small community hospitals in rural areas or small towns of the country. We see them primarily in the teaching hospitals and the large metropolitan hospitals providing tertiary care. Funding the level of care that goes into the treatment of patients in these hospitals, whether it is a new CAT Scan or whatever, is the real problem and the bigger hospitals face the greatest degree of difficulty in Canada today.

Senator Phillips: Before the committee in the House of Commons the bill was amended to allow user fees when the physician certifies that the patient is not making progress and will be more or less a permanent resident in the hospital. This causes me some concern in that we are leaving the patient who is going to be hospitalized the longest more or less on his or her own.

I am thinking now of the physician in a small town in Newfoundland or Quebec, which I understand are the two main provinces affected. Most likely he is the only physician in the town. I suspect that the local people will be putting pressure on this individual by saying, "If you do not sign the document we do not have to pay \$20 a day." I am sure the chairman understands what I mean by that comment. Has the medical association found that to be a problem?

Mr. Freamo: Mr. Chairman, the purpose of the amendment has been to differentiate between patients who are under active treatment and those who, to all intents and purposes, are going to spend the rest of their days in the hospital. For old age pensioners and the like, the intent of the bill is to allow the provincial government to take their money away from them until such time as they have none. Basically, paying \$20, or

[Traduction]

soins de qualité comparable à ceux qu'assurent les autres provinces du Canada. Le ministre des Finances, le ministre de la Santé nationale et du Bien-être social et les premiers ministres des quatre provinces de l'Atlantique ont jugé il y a deux ans que les soins prodigués dans ces provinces étaient d'environ 20 p. 100 inférieurs en qualité à ceux qui étaient offerts aux autres Canadiens. Les provinces de l'Atlantique ont demandé de l'aide pour rattrapper les autres provinces. A notre avis, il s'agit peut-être du facteur le plus important de notre régime d'assurance-maladie dont il n'est pas traité dans le projet de loi.

Le sénateur Phillips: Monsieur le président, le témoin a fait allusion aux listes d'attente dans les hôpitaux. Au cours d'une séance, l'autre jour, j'ai signalé au ministre de la Santé nationale et du Bien-être social que l'Alberta estimait que, compte non tenu des points d'impôt le financement à l'heure actuelle était assuré sur une base de 86/14 les points d'impôt décaissant, selon l'Alberta, de la province même. La Ministre a répondu que l'Alberta avait construit trop d'hôpitaux. En réalité, je crois même qu'elle a dit qu'on y avait construit des hôpitaux partout. La même situation existe-t-elle donc partout au Canada?

M. Freamo: Des critiques ont été exprimées au sujet de la récente décision de l'Alberta de faire construire dix hôpitaux dans la province. Les problèmes que nous relevons dans ces hôpitaux ne sont pas les mêmes que ceux auxquels nous faisons face dans les hôpitaux de petites localités ou de centres ruraux. Nous les éprouvons surtout dans les hôpitaux d'enseignement ainsi que dans les gros hôpitaux des centres urbains qui offrent des soins tertiaires. Le financement des soins prodigués aux malades dans ces hôpitaux, qu'il s'agisse d'un nouveau T.A.C. tomographie assistée par ordinateur ou de n'importe quoi d'autre, constitue le véritable problème et ce sont les gros hôpitaux qui sont aujourd'hui aux prises avec le plus grand nombre de problèmes au Canada.

Le sénateur Phillips: Au Comité de la Chambre des communes, le projet de loi a été amendé afin d'autoriser l'imposition de frais modérateurs lorsque le médecin certifie que le malade ne fait aucun progrès et devra séjourner de façon plus ou moins permanente à l'hôpital. Cela m'inquiète un peu étant donné qu'on laisse plus ou moins à eux-mêmes les malades qui séjourneront longtemps à l'hôpital.

Je pense au médecin d'une petite ville de Terre-Neuve ou du Québec, les deux principales provinces touchées, il me semble. Il est fort probablement le seul médecin de la localité. Les gens du coin exerceront sans doute des pressions sur lui en disant: «Si vous ne signez pas le document, nous n'aurons pas à payer \$20 par jour». Le président comprend certainement ce que je veux dire. L'Association médicale y voit-elle un problème?

M. Freamo: Monsieur le président, la modification vise à distinguer les patients qui reçoivent un traitement actif de ceux qui passeront pratiquement le reste de leur vie à l'hôpital. En ce qui concerne les pensionnés âgés et les personnes dans une situation analogue, le projet de loi a pour effet de permettre au gouvernement provincial de leur retirer leur argent jusqu'à ce qu'il ne leur reste plus rien. Essentiellement, le fait d'exiger

[Text]

more in many places, is taking away all the money which is paid to them except for very small amounts. We have two problems with this situation. First, not all of the people who fall into this category are old age pensioners who have other income. A young man with a family may well be permanently disabled; there is nothing that can be done for him. He may spend a year, two years or three years in this chronic care hospital. He may never leave the chronic care hospital. However, the expenses of his family go on outside the hospital and, yet, according to the criteria set out in Bill C-3, he, or his family on his behalf, will be required to pay the per diem rate. Basically, the hospital payment represents an attempt by the governments of the country to extract every last cent out of the person who is unfortunate enough to be placed in a chronic care hospital. Once the government has every last cent it will accept these people as welfare patients. However, if there is any money at all the government takes it away first and then treats the patient as the indigent he will eventually become if he pays these fees long enough.

The Chairman: Senator Phillips is a Prince Edward Island dentist and would like to see dental care covered under the provisions of this bill.

Mr. Geekie: Mr. Chairman, I wonder if I might explain one point for the benefit of the committee since it is one which is not well understood. As it is normally thought of, medicare provides coverage and pays the bill, if you like, or the vast majority of them, with respect to hospitalization when a patient is in an acute care hospital, such as the local General Hospital or the Civic Hospital here in the city of Ottawa. The bills are also paid with respect to rehabilitation hospitals where a patient is under a regime of active rehabilitation and when it is expected, and anticipated, that after treatment he will be well enough to return to his own home and back to a relatively normal life. Medicare also covers the costs of physician's services and a few other ancillary items. However, it does not cover, nor has it ever covered, nursing home care, chronic care, chronic care hospitals and those types of institutions. This, of course, is a major problem which we see manifesting itself in the future with an increasingly aged population. This is also true as medicine becomes more effective in terms of keeping people alive in this relatively chronic state—our population is older because of the success of medicine, but this type of situation is not covered by medicare. The federal government has not contributed financially to these programs other than through assistance plans for those who are on welfare. I think that it is important to recognize that this recent clarification relative to user fees is, in essence, an attempt to clarify that those who fall into this category, regardless of what type of bed they happen to be in, are appropriately classified. It is not our position to defend the minister and the government in this regard. However, if these individuals cannot return to their own homes and become permanently institutionalized, whether in a chronic care hospital, a nursing home or an acute care hospital, they would then be required to pay the user fee.

[Traduction]

\$20, et même plus à certains endroits, équivaut à leur enlever tout l'argent qui leur est versé, et à ne leur laisser que des miettes. Il en résulte deux problèmes. D'abord, les gens qui entrent dans cette catégorie ne sont pas tous des pensionnés âgés qui ont d'autres sources de revenu. Il se peut qu'un jeune homme ayant une famille à charge se retrouve invalide pour toujours. On ne peut rien pour lui. Il peut avoir à passer un, deux ou même trois ans dans un hôpital pour malades chroniques. Il se peut même qu'il n'en ressorte pas. Pourtant, sa famille doit bien continuer à engager des dépenses autres que les frais hospitaliers. Or, selon la condition fixée dans le projet de loi C-3, l'intéressé, ou sa famille en son nom, sera tenu de verser l'allocation journalière. Par le versement d'un montant à l'hôpital, les gouvernements tentent de soutirer le dernier cent à celui qui par malheur se retrouve dans un hôpital pour malades chroniques. Quand il l'aura ruiné, le gouvernement acceptera de considérer l'intéressé comme un assisté social. Toutefois, si le patient possède un peu d'argent, le gouvernement s'en accapare et traite ensuite le patient comme l'indigent qui deviendra s'il doit payer ses frais assez longtemps.

Le président: Le sénateur Phillips est dentiste à l'Île-du-Prince-Édouard. Il souhaite inclure les soins dentaires aux dispositions du projet de loi.

M. Geekie: Monsieur le président, je me propose d'expliquer au Comité un point que j'estime mal compris. Comme on le croit généralement, l'assurance-maladie assure une couverture contre la maladie, de même que le paiement des comptes, ou la grande majorité d'entre eux, relatifs à l'hospitalisation dans un établissement pour malades aigus, comme l'Hôpital général ou le Civic Hospital d'Ottawa. Sont aussi payées les factures aux hôpitaux de réadaptation où le patient suit un traitement de réadaptation active jusqu'à ce qu'on estime qu'il se sent assez bien pour rentrer chez lui et reprendre une vie relativement normale. L'assurance-maladie couvre aussi les honoraires de médecins et quelques autres frais connexes. Toutefois, elle ne couvre pas et n'a jamais couvert les soins reçus en maison de repos, les soins dispensés aux malades chroniques, les frais des hôpitaux pour malades chroniques et autres établissements analogues. Ce grave problème ressortira encore davantage à l'avenir compte tenu du vieillissement progressif de la population. La médecine parvient de mieux en mieux à garder en vie des malades chroniques. Notre population vieillit, et la médecine fait de grands progrès, mais ces cas ne sont pas couverts par l'assurance-maladie. Le gouvernement fédéral n'a contribué financièrement à ces programmes que par des plans d'aide aux assistés sociaux. Je pense qu'il importe de prendre conscience de cette récente explication quant aux frais modérateurs, qui est essentiellement un effort visant à préciser que ceux qui entrent dans cette catégorie, sans égard au type de lit qu'ils occupent, sont bien classés. Nous n'avons pas l'intention de défendre la position du Ministre et du gouvernement à cet égard. Toutefois, si ces personnes ne peuvent rentrer chez elles, elles sont confiées en permanence à un établissement; qu'il s'agisse d'un hôpital pour malades chroniques, d'une maison de santé ou d'un hôpital pour malades aigus, les patients devront verser des frais modérateurs.

[Text]

Senator Haidasz: I would like to ask the main witness this afternoon whether or not he agrees with the Hall report of 1980 on extra billing and the health care financial problems?

Dr. Coffin: With regard to his suggestion on compulsory arbitration?

Senator Haidasz: Let us start with what he said with respect to the problem of financial access to medicare and, particularly, I will quote from his report on page 28:

Consideration and discussion of the question of outlawing extra billing however resorted to must always be accompanied by a recognition of the physician's right to adequate compensation . . .

In other words, Justice Hall advocates the banning of extra billing. I presume this is one area where you disagree with Justice Hall?

Dr. Coffin: It is my impression that he twinned abolishing extra billing with compulsory arbitration.

Senator Haidasz: Yes, not necessarily with compulsory arbitration but with the need to recognize a physician's right to adequate compensation.

Dr. Coffin: However, he suggests that we do away with extra billing while ensuring, on guaranteeing, adequate compensation by a mechanism which he twinned with that and called "compulsory arbitration". I do not think he sees them separately; he sees them together.

Senator Haidasz: I agree with that. However, he does see the need for banning extra billing. This is where the Canadian Medical Association's official stand disagrees with Justice Hall's, is that right?

Dr. Coffin: Yes.

Senator Haidasz: We all know very well that extra billing has been banned in the Province of Quebec; yet, there is reasonable access to comprehensive medicare in the Province of Quebec. Why could it not be the case in all the other provinces of Canada? If extra billing does a good job in Quebec to provide adequate compensation, what is wrong with having extra billing banned in all the other provinces of Canada?

Dr. Coffin: Perhaps I could remind you, Mr. Chairman, that when the system was brought in, as you recall, in October of 1970, we were the highest paid physicians in Canada. Today we are the lowest paid physicians in Canada. This is because we have no bargaining power. When we go in to see the minister all we can say is, "Would you please give us something?" We cannot opt out; we cannot bring any pressure to bear on the negotiations—we are at his mercy.

Senator Haidasz: I will come back to that later. However, in the Province of Quebec is there reasonable access to comprehensive medical care? Yes or no?

Dr. Coffin: Yes.

Senator Haidasz: In other words, the patients in Quebec are satisfied with the level or quality of care?

Dr. Coffin: I would agree with that, sir.

[Traduction]

Le sénateur Haidasz: J'aimerais demander au principal témoin de cet après-midi s'il souscrit ou non au rapport Hall, publié en 1980, sur la surfacturation et les problèmes financiers liés aux soins de santé.

M. Coffin: Compte tenu de sa proposition sur l'arbitrage obligatoire?

Le sénateur Haidasz: Revenons à ce qu'il a dit au sujet du problème de l'accès financier à l'assurance-maladie. Je cite un extrait de son rapport. A la page 28:

Toute étude et toute discussion traitant de la possibilité de déclarer illégal le système des tarifs additionnels sous toutes ses formes doivent inclure l'acceptation du droit du médecin à une rémunération adéquate . . .

Autrement dit, le juge Hall demande que la surfacturation soit interdite. Il me semble que c'est un point sur lequel vous ne vous entendriez pas.

M. Coffin: J'ai l'impression qu'il lie l'abolition de la surfacturation à l'arbitrage obligatoire.

Le sénateur Haidasz: Pas nécessairement à l'arbitrage obligatoire mais à la nécessité de reconnaître le droit du médecin à une rémunération adéquate.

M. Coffin: Il laisse entendre que nous renonçons à la surfacturation en garantissant une rémunération adéquate par un mécanisme qu'il lie à cela et qu'il appelle l'arbitrage obligatoire. Je ne crois pas qu'il les distingue. Il n'en fait qu'une seule et même chose.

Le sénateur Haidasz: Je le reconnais. Il voit bien la nécessité d'interdire la surfacturation. C'est là où la position officielle de l'Association médicale du Canada contredit celle du juge Hall, n'est-ce pas?

M. Coffin: Oui.

Le sénateur Haidasz: Nous savons tous très bien que la surfacturation a été interdite au Québec, et il est encore raisonnablement possible d'y obtenir une assurance-maladie complète. Pourquoi n'en serait-il pas ainsi dans toutes les autres provinces? Si la surfacturation a bien servi le Québec et permis une rémunération adéquate, qu'y a-t-il de mal à interdire la surfacturation partout au Canada?

M. Coffin: Peut-être devrais-je vous rappeler, monsieur le président, que quand le système a été mis en place, en octobre 1970, nous étions les médecins les mieux rémunérés au Canada. Nous sommes aujourd'hui les moins bien payés et ce, parce que nous n'avons aucun pouvoir de négociation. Quand nous nous adressons au Ministre, nous ne pouvons que lui demander de bien vouloir nous donner quelque chose. Nous ne pouvons nous retirer ni exercer de pressions lors des négociations. Nous sommes à la merci du Ministère.

Le sénateur Haidasz: J'y reviendrai plus tard. Au Québec, peut-on raisonnablement bénéficier d'une assurance-maladie complète? Oui ou non?

M. Coffin: Oui.

Le sénateur Haidasz: Les patients du Québec sont donc satisfaits du niveau ou de la qualité des soins qu'ils reçoivent?

M. Coffin: Je pense que oui, sénateur.

[Text]

Senator Haidasz: You say, however, that in the Province of Quebec there is a problem in terms of the doctors getting adequate compensation for their services?

Dr. Coffin: Yes, sir, I would agree with that.

Senator Haidasz: What are they doing about it if they are not getting adequate compensation?

Dr. Coffin: That is our position and that is the position of Mr. Justice Emmett Hall. If extra billing privileges are taken away, something else like compulsory arbitration must be put in its place. Otherwise we cannot negotiate. We are bargaining from a position of weakness and we just cannot win. We have been doing that for years.

Senator Haidasz: Mr. Chairman, are we then given to understand that the Canadian Medical Association will accept the Canada Health Act if it contains definite provisions for adequate compensation for medical practitioners should the provinces ban extra billing?

Dr. Coffin: That is right, that is our recommendation.

Senator Haidasz: Do you have any suggestions to our committee by way of amendments to any of the clauses of Bill C-3?

Mr. Geekie: Mr. Chairman, perhaps I might clarify one or two items. First, with respect to Mr. Justice Hall, I had the privilege of travelling with him and, in effect, living with him over a period of some months, during which time I studied this report at great length. I would point out that in Mr. Justice Hall's report he was careful to point out that extra billing and user fees, as he saw them, had the potential to destroy medicare. It was in that context that he gave his recommendation that, in his opinion, it was in the best interests of health care and Canadians that extra billing and hospital user fees be banned and that they be combined. As he put it on one or two occasions, it is like love in marriage, you cannot have one without the other because either way it is unfair; the two must be combined.

He made this point in terms of what happens when the right of the physician to deal directly with his patients and to extra bill is taken away. The physician is then without the mechanism of formal negotiation, conciliation, arbitration and so on, and is in the position of having to accept what the provincial government decides, on a unilateral basis, it is prepared to pay. That, to a large degree, is what has happened in the Province of Quebec. It is a fact, as provided in testimony before the committee of the other place, that the general practitioners in the Province of Quebec are paid something like 40 per cent less than the national average across the country, essentially for the reasons that have been outlined.

It was in that context, sir, that the association has submitted that, while there may be the potential, in reality extra billing has not been a major problem in terms of health care access. To that extent, we felt that it was not in the best interests of health care for Canadians or the Canadian Medical Association and the profession—recognizing its own vested interest—to essentially eliminate the right of the physician to deal directly with his patient and to extra bill. However, we indicated in our submission, which was sent to honourable

[Traduction]

Le sénateur Haidasz: Vous dites cependant qu'au Québec les médecins ont du mal à toucher une rémunération adéquate.

M. Coffin: Je le pense en effet.

Le sénateur Haidasz: Que font-ils s'ils n'obtiennent pas de rémunération adéquate?

M. Coffin: Voici notre position qui est aussi celle du juge Emmett Hall. Si l'on supprime les privilèges sur facturation, il faut recourir à un autre mécanisme comme l'arbitrage obligatoire. Autrement, nous ne pouvons négocier. Comme nous négocions en position de faiblesse, nous ne pouvons tout simplement pas gagner. Cette situation dure depuis des années.

Le sénateur Haidasz: Monsieur le président, veut-on nous laisser entendre que l'Association médicale canadienne acceptera la Loi canadienne sur la santé si elle contient des dispositions précises sur le rémunération adéquate des médecins au cas où les provinces interdiraient la surfacturation?

M. Coffin: C'est juste, c'est notre recommandation.

Le sénateur Haidasz: Avez-vous d'autres propositions à présenter au Comité sous forme de modifications à l'une ou l'autre des dispositions du projet de loi C-3?

M. Geekie: Monsieur le président, j'aimerais clarifier un ou deux points. En ce qui concerne le juge Hall, j'ai eu l'honneur de voyager avec lui et de vivre à ses côtés pendant quelques mois au cours desquels j'ai étudié ce rapport à fond. Je vous ferai remarquer que dans son rapport, le juge Hall a pris bien soin de souligner que la surfacturation et les frais modérateurs pouvaient, selon lui, détruire le régime de l'assurance-maladie. C'est dans cette perspective qu'il a fait la recommandation selon laquelle, à son avis, dans le but de maintenir l'assurance-maladie et dans le plus grand intérêt des Canadiens, la surfacturation et les frais modérateurs imposé par les hôpitaux devaient tous deux être interdits. Comme il l'a dit une ou deux fois, c'est comme l'amour et le mariage, on ne peut avoir l'un sans l'autre. Ce serait injuste. Il faut combiner les deux.

Il se fondait sur ce qui arrive quand on nie au médecin le droit de traiter directement avec ses patients et de recourir à la surfacturation. Le médecin est alors exclu du mécanisme de négociations officielles, de conciliation et d'arbitrage et doit accepter ce que le gouvernement provincial décide unilatéralement de lui verser. C'est ce qui, dans une plus grande mesure, est arrivé au Québec. Il est vrai que, selon les témoignages qui ont été rendus au comité de l'autre endroit, les médecins généralistes du Québec reçoivent environ 4 p. 100 de moins que leurs collègues du pays et ce, essentiellement pour les raisons que nous avons exposées.

C'est dans cette perspective, monsieur, que l'Association a affirmé que malgré le risque inhérent, dans les faits, surfacturation n'a pas créé de graves problèmes quant à l'accès aux soins de santé. Dans cette mesure, nous estimions que ce n'était pas agir dans le plus grand intérêt des Canadiens, de l'Association médicale canadienne et de la profession, reconnaissant ses propres intérêts, que de supprimer le droit du médecin à traiter directement avec son patient et d'imposer une surfacturation. Dans notre mémoire daté du 7 mars, qui a été envoyé aux

[Text]

senators and is dated March 7, that, if it were the intent of Parliament to proceed and to bring into place the Canada Health Act—to attempt at the provincial level to eliminate the extra billing aspect—then, in keeping with what Mr. Justice Hall had recommended, it is our opinion that reasonable compensation protection as outlined in this letter of March 7, calling for formal negotiating procedures, conciliation and true binding arbitration in the case of disputes, would take place and that it would be mandatory on both parties concerned.

The one amendment which was suggested in the other place recognizes that the provincial legislatures must have the ultimate authority, that any binding arbitration award would be subject to specific legislation. But, sir, that was what the association recommended and that was what the government, through the committee, in essence rejected. The committee would not accept mandatory binding arbitration, as such, within the act, and amended it.

Senator Haidasz: Does the CMA have a proposed amendment to a specific clause of Bill C-3 to make way for its stand on binding arbitration? If so, we would like to have a copy of your proposed amendment.

Mr. Freamo: If you examine the amended version of Bill C-3 as reported by the committee in the other place, senator, on page 9, subclause 2 reads as follows:

(2) In respect of any province in which extra-billing is not permitted, paragraph 12(1)(c) shall be deemed to be complied with if the province has chosen to enter into, and has entered into, an agreement with the medical practitioners and dentists—

To us, sir, this permissive arrangement is not satisfactory. All of the provinces will simply ignore the requirement.

Senator Haidasz: How would you like to have that changed?

Mr. Freamo: If the words “has chosen to enter into and has entered into” were made mandatory rather than leaving it as a sort of permissive clause for the provinces, that would satisfy our requirement. Our main concern, sir, is that we have to have some reasonable offset for giving up the extra billing privilege.

Senator Tremblay: May I ask a question of clarification? You have read subclause 12(2), have you not?

Mr. Freamo: Yes.

Senator Tremblay: I note, however, that you have just read the first paragraph of it. I point out that it goes further than that, just to make sure that we understand the text as it is. Reference is made to binding arbitration in the paragraph below.

Mr. Freamo: Yes, but only if the province chooses to enter into an agreement. If the province does not choose to enter into the agreement, there is no binding arbitration at all. The words “has chosen to enter into and has entered into” make it an optional arrangement for the province to enter into an agreement.

[Traduction]

honorables sénateurs, nous disons que si le Parlement avait l'intention de maintenir son initiative et d'adopter la Loi canadienne sur la santé, de tenter, au niveau provincial, de supprimer la surfacturation, alors, souscrivant à la recommandation du juge Hall nous demanderions une garantie de la rémunération adéquate, connue nous l'exposons dans la lettre du 7 mars où nous demandons un processus de négociations officielles, la conciliation et, en cas de différend, un véritable arbitrage exécutoire et obligatoire pour les deux parties concernées.

La modification présentée à l'autre endroit reconnaît que les assemblées législatives des provinces disposent du pouvoir ultime, et que toute décision d'arbitrage exécutoire ferait l'objet d'un texte de loi donné. Or, monsieur, c'est ce que l'Association a recommandé, et ce que le gouvernement, par le comité, a essentiellement rejeté. Le comité n'acceptait pas l'arbitrage exécutoire obligatoire, comme tel dans la loi, et a donc modifié celle-ci en conséquence.

Le sénateur Haidasz: Est-ce que l'Association médicale canadienne a une modification à proposer quant à une disposition précise du projet de loi C-3 pour faire valoir sa position sur l'arbitrage exécutoire? Le cas échéant, nous aimerions avoir une copie de la modification que vous proposez.

M. Freamo: Monsieur, si vous étudiez la version modifiée du projet de loi C-3 telle qu'elle a été présentée par le comité à l'autre endroit, vous voyez qu'à la page 9, le paragraphe 2 se lit ainsi:

Pour toute province où la surfacturation n'est pas permise, il est réputé être satisfait à l'alinéa 12(1)c) si la province a choisi de conclure un accord et a effectivement conclu un accord avec ses médecins et dentistes.

Pour nous, messieurs, cette disposition facultative n'est pas satisfaisante. Toutes les provinces feront fi de cette exigence.

Le sénateur Haidasz: Quelles modifications voudriez-vous apporter?

M. Freamo: Si l'expression «a choisi de conclure un accord et a effectivement conclu un accord» avait pour les provinces un caractère obligatoire plutôt que facultatif, nous nous estimerions satisfaits. Notre principal objet de préoccupation est que nous demandons quelque compensation raisonnable pour renoncer au privilège de la surfacturation.

Le sénateur Tremblay: Puis-je demander une précision? Vous avez lu le paragraphe 12(2), n'est-ce pas?

M. Freamo: Oui.

Le sénateur Tremblay: Je note toutefois que vous n'en avez lu que le premier paragraphe. Pour m'assurer que nous comprenons l'essence du texte, je vous souligne que cet article ne se termine pas là. À l'alinéa suivant, on fait allusion à l'arbitrage exécutoire.

M. Freamo: Oui, mais seulement si la province choisit de conclure un accord. Dans le cas contraire, l'arbitrage exécutoire n'existe tout simplement pas. Les termes «a choisi de conclure un accord et a effectivement conclu un accord» permettent à une province de choisir d'en conclure un ou non.

[Text]

Senator Tremblay: Are there agreements across the country at the present time?

Mr. Freamo: In our opinion, no province across the country will choose the alternative set out in subclause (2). If no province chooses to implement it, it just sits there as a nice guideline—as window dressing, as it were—but it is not operative in terms of providing binding arbitration for the profession.

Therefore, we have one half of Mr. Justice Hall's recommendation without the other half.

Mr. Geekie: Mr. Chairman, I point out, again going back to our experience with Mr. Justice Hall, that, at the time he submitted his report, nine out of ten provinces rejected categorically the concept of binding arbitration as a means by which to settle disputes. The Province of Alberta indicated that it would consider it, but the provinces had rejected it completely at that time. In fact, on occasion in the past, they have rejected it when there was a dispute, and the provincial medical association asked that the matter be sent to binding arbitration—and the provinces have refused. In the province of Manitoba, the profession has been attempting to realize binding arbitration for about three years, but without any success. I am sure that the chairman and members of this committee will be made aware, if they are not already aware, of the protestations of provincial governments to several aspects of this act, including this particular segment; and I suggest that you may anticipate two, three or more provincial health ministers, in essence, objecting to this because they are opposed.

Senator Tremblay: In order that I may understand the situation clearly, at the present time are there any agreements in existence in any of the provinces? In other words, are there agreements at the present time?

Mr. Geekie: There are agreements in existence in a few provinces, but none of the existing agreements include binding arbitration.

Senator Tremblay: Regarding the first paragraph of section 12(2), does what you have said mean that even in provinces where, according to tradition over the past 12 or 15 years there are agreements, they will take advantage of that in not having further agreements?

Mr. Geekie: The agreements that exist at present are really collective bargaining agreements between the medical profession and the government. We call it collective "begging" and not "bargaining", because the profession is put in the position of making suggestions, but the government goes ahead and decides what it will do. If section 2 read "In respect of any province in which extra billing is not permitted, the province will enter into an agreement with the medical practitioners and dentists of the province that provide (a), (b) and (c)," it would give the profession the protection it needs. It would say to the provinces "If you take away extra billing, you must enter into an agreement that provides (a), (b) and (c)," which is protection for the profession.

[Traduction]

Le sénateur Tremblay: Des accords de ce genre sont-ils actuellement en vigueur dans le pays?

M. Freamo: A notre avis, aucune province ne choisira l'option exposée au paragraphe (2); le cas échéant, la mesure ne sera qu'une ligne directrice sans conséquence—établie pour la forme—qui ne prévoira pas réellement le recours à l'arbitrage exécutoire par les membres de la profession.

Nous n'avons donc que la moitié de la recommandation du juge Hall.

M. Geekie: Monsieur le président, pour en revenir à l'expérience que nous avons acquise avec le juge Hall, je vous souligne qu'au moment où celui-ci a présenté son rapport, neuf des dix provinces ont rejeté catégoriquement le principe de l'arbitrage exécutoire comme moyen de régler des différends. Le gouvernement de l'Alberta a indiqué qu'il l'étudierait, mais les autres provinces l'ont rejeté d'emblée à ce moment-là. En fait, elles l'ont déjà rejeté dans le passé à l'occasion d'un différend, et l'association médicale de la province a demandé que la question soit renvoyée à l'arbitrage exécutoire—ce que les provinces ont refusé. Au Manitoba, les membres de la profession ont tenté en vain, pendant trois ans, de soumettre un différend à l'arbitrage exécutoire. Je suis certain que le président et les membres du Comité seront mis au courant, s'ils ne l'ont pas déjà été, des protestations des gouvernements provinciaux à l'égard de plusieurs aspects de ce projet de loi, y compris de cette disposition précise; et, à mon avis, vous pouvez prévoir que les ministres de la Santé de deux ou trois provinces, voire davantage, la rejetteront.

Le sénateur Tremblay: Pour que je saisisse bien la situation, pouvez-vous me dire, si des accords de cet ordre ont été conclus avec une ou plusieurs provinces?

M. Geekie: Il existe des accords dans quelques provinces, mais aucun ne prévoit le recours à l'arbitrage exécutoire.

Le sénateur Tremblay: En ce qui concerne le paragraphe 12(2), voulez-vous dire que même les provinces qui ont conclu des accords il y a douze ou quinze ans, invoqueront cette disposition pour ne pas en conclure d'autres?

M. Geekie: Les accords qui existent actuellement sont en fait le fruit de négociations collectives entre la profession médicale et le gouvernement. Nous les appelons «supplications» et non «négociations» collectives, parce que, même si les membres de la profession sont en mesure de formuler des suggestions, c'est tout de même le gouvernement qui prend les décisions finales. Si le paragraphe 2 était ainsi libellé: «Toute province où surfacturation n'est pas permise conclura avec ses médecins et dentistes un accord englobant les dispositions énoncées aux alinéas a), b) et c)», les membres de la profession bénéficieraient alors de la protection dont ils ont besoin. Cela signifierait que si les provinces supprimaient la surfacturation, elles devraient conclure un accord du type susmentionné, ce qui aurait pour effet de protéger les membres de la profession.

[Text]

The Chairman: We have another group appearing before us at 5 p.m., so we must move on. I would ask senators to make their questions brief and the point.

Le sénateur Rousseau: J'ai une courte question pour débiter. Pourquoi de toutes les catégories d'emploi, le médecin serait-il le seul à pouvoir bénéficier de la surfacturation? Pourquoi les infirmières n'y auraient-elles pas droit?

M. Coffin: C'est parce que leur mode de rémunération est le salariat, alors que nous sommes rémunérés à l'acte. La surfacturation s'applique difficilement au salariat. Si elles étaient rémunérées à l'acte, je n'aurais pas d'objection.

Le sénateur Rousseau: Il faudrait un bon dialogue à ce niveau entre le médecin et les infirmières, une entente, pour les reconnaître comme un corps professionnel à un niveau égal à celui des médecins. Il existe quand même une différence mais dans bien des cas, il n'y en n'a pas.

M. Coffin: Au point de vue rémunération?

Le sénateur Rousseau: Au point de vue du corps professionnel, cela implique de la part des médecins une reconnaissance de l'égalité des infirmières.

M. Coffin: Il y a sûrement des divergences d'opinion entre les médecins et les infirmières. Il y a un dialogue constant entre leurs fonctionnaires et les nôtres. Éventuellement, je ne doute pas qu'il y ait une amélioration marquée. Pour le moment, vous savez que les infirmières évoluent assez rapidement dans une direction nouvelle au point de vue de leurs activités professionnelles. Nous continuerons à être bons amis.

Le sénateur Rousseau: En fait, cela se résume au processus d'égalité des salaires, c'est-à-dire la même rémunération aux hommes et aux femmes.

M. Coffin: De plus en plus d'hommes sont infirmiers!

Le sénateur Rousseau: Nous pourrions en discuter longtemps; ils atteindront le même niveau lorsqu'il y aura suffisamment d'infirmiers dans la profession. On reconnaîtra l'égalité à ce moment.

Quelle sera la contribution des médecins à la rationalisation des coûts du système, compte tenu de leur rémunération moyenne étant une des plus élevées, si on la compare à d'autres salariés selon Revenu Canada. Cela influence les coûts globaux de la santé. Tout le monde s'entend pour dire que notre système de santé au Canada est un des plus coûteux. Quelle serait la part des médecins à ce niveau? Jusqu'où êtes-vous prêts à contribuer? Je me réfère à la question de négociation. Après la négociation faite ou s'il y a un processus de négociation, quelle sera la part des médecins à ce niveau?

M. Coffin: Pour amorcer une réponse, le salaire des médecins durant la crise de l'inflation que le pays a connue est celui qui a augmenté le moins parmi les professionnels. L'augmentation des comptables, des dentistes a été beaucoup plus élevée que la nôtre. En plus, la part des argents qui font partie du système de santé au Canada concernant les médecins est de 18 à 20 p. 100. Tout le reste ne nous regarde pas. Ce sont les hôpitaux, les pharmaciens et les autres membres de l'équipe professionnelle de la santé. Quand vous me demandez quelle serait

[Traduction]

Le président: Un autre groupe comparaitra devant nous à 17 heures; il ne nous faut donc pas nous attarder. Je demanderais aux sénateurs de poser des questions brèves et précises.

Senator Rousseau: I have a short question to lead off with. Why, out of all the different employment categories, should doctors be the only ones to benefit from extra billing? Why don't nurses have the right to extra bill?

Dr. Coffin: Because they are on salary whereas we are paid on a fee-for-service basis. Extra billing doesn't really apply in a salary situation. If nurses were paid on a fee-for-service basis, I would have no objections.

Senator Rousseau: There would have to be a real dialogue at that level between doctors and nurses, an agreement to recognize nurses as a professional body on an equal level with doctors. There is still a difference, of course, but not in all cases.

Dr. Coffin: A difference in remuneration?

Senator Rousseau: Sa difference in professional standing, that is, a recognition by doctors that nurses are equals.

Dr. Coffin: There are undeniably differences of opinion between doctors and nurses. There is an on-going dialogue between their officials and ours. I am convinced that eventually there will be a marked improvement. For the time being, nurses are as you know evolving fairly rapidly in a new direction with respect to their professional activities. We will continue to be on good terms.

Senator Rousseau: It may be summed up as a process of achieving equal pay, as between men and women, that is.

Dr. Coffin: There are more and more male nurses.

Senator Rousseau: We could discuss it for a long time; they'll reach an equal level when there are enough male nurses in the profession. Equality will be achieved at that point.

Now, what will doctors do towards rationalizing the costs of the system, given that their average remuneration is one of the highest on Revenue Canada's list of income levels. That has an influence on the overall costs of health care. Everyone agrees that our health-care system in Canada is one of the most expensive. What are doctors prepared to do about this? To what point are you prepared to contribute? I'm referring to the question of negotiating. Once the negotiation process is over, or if it takes place, what role will doctors play?

Dr. Coffin: I would like to start my answer by saying that during the inflationary crisis that hit our country, doctors' incomes increased the least of all professionals'. The incomes of accountants and dentists went up much more than ours. Furthermore, doctors' fees represent only 18 to 20 per cent of health-care costs in Canada. The rest has nothing to do with us. It comes from hospitals, pharmacists and other members of the health professionals team. When you ask me what part will we play, do you want us to reduce our fees, or to practise in a

[Text]

notre part, est-ce que vous voulez qu'on diminue nos honoraires ou que nous pratiquions différemment pour engendrer des coûts moindres? Est-ce votre intention?

Le sénateur Rousseau: Il faudrait quand même qu'il y ait un processus de contribution. Nous devons en venir à une entente quelconque. A titre de médecins, quand je parle de négociation, il faudra s'entendre là-dessus. Je voudrais savoir quelle est la part des médecins à ce niveau. Quelles sont les concessions que vous voudriez faire?

M. Coffin: Je vais demander à notre économiste de répondre.

I will ask Mr. Adams to reply to that.

Mr. Orvill Adams, Director of Economic Research, Canadian Medical Association: Dr. Coffin has referred to the contribution in terms of the cost of physicians in the health care system. Perhaps we can present it in a different way. It is estimated that in 1982 we would have spent close to 8.4 per cent of our gross national product on health care. Of that figure, 1.8 per cent is attributed to professional services. Of that 8.4 per cent, physicians' services constitutes only 1.23 per cent. The three preceding years remained relatively constant, approximately 1.1 per cent from 1979 to 1981. So the physicians' portion has not been increasing at a great rate. In terms of the contribution that physicians can make to the health care system and of the reduction in costs of services, the Canadian Medical Association has been looking closely at methods whereby it can police itself. We are very much aware of our position vis-à-vis total health care costs. However, we must remember that the majority of our costs are in the hospitals and that over 70 per cent of the costs in hospitals are costs associated with wages and salaries excluding those of the physicians.

Senator McGrand: I would like to go back to a remark made about the quality of care in the Atlantic provinces. Did I understand the witnesses to say that it is 20 per cent below the quality of care in other provinces? If so, are you referring to the quality of hospital care or the quality of care a patient receives from a physician?

Mr. Freamo: The figures we are referring to were presented by the governments of the Atlantic provinces. They are not our figures. Those figures represent a number of things. In many parts of the Atlantic provinces there are no specialists available to provide the services and consequently the patient must be sent to another part of the country. That figure represents the per capita cost of care in the Atlantic provinces as opposed to other parts of Canada. It reflects the fact that not all services are available in the Atlantic provinces, which enters into their concept of quality of care. But those figures are not ours.

Senator McGrand: I don't care whose figures they are; I want to know the meaning of them.

[Traduction]

different manner so that costs would be lower? Is that what you have in mind?

Senator Rousseau: There must be some kind of contribution process. We will have to come to an agreement of some kind. As doctors, when I talk about negotiations, we'll have to reach an understanding about that. I would like to know what doctors can do in this area. What concessions would you be prepared to make?

Dr. Coffin: I'm going to ask our economist to respond.

Je demanderais à M. Adams de répondre à cette question.

M. Orvill Adams, directeur de la recherche économique, Association médicale canadienne: M. Coffin a parlé de la contribution en fonction des dépenses qu'entraînent les services des médecins pour le régime de soins sanitaires. Peut-être pourrions-nous étudier la question sous un angle différent. On estime qu'en 1982, nous avons consacré près de 8.4 p. 100 de notre produit national brut aux soins sanitaires, dont 1.8 p. 100 aux services professionnels, et seulement 1.23 p. 100 aux services des médecins. Les taux concernant les trois années précédentes sont demeurés relativement stables, se situant à environ 1.1 p. 100 entre 1979 et 1981. Ainsi, le pourcentage consacré aux médecins n'a pas beaucoup augmenté. Pour ce qui est de la contribution que les médecins peuvent apporter au régime d'assurance-santé et de la réduction des coûts des services, l'Association médicale canadienne a examiné attentivement des méthodes lui permettant de se contrôler elle-même. Nous sommes parfaitement conscients de notre position à l'égard des coûts globaux des services sanitaires. Nous devons toutefois, nous rappeler que la majeure partie de nos coûts sont engagés dans les hôpitaux et que plus de 70 p. 100 de ces coûts sont imputables à des traitements et à des salaires qui ne tiennent pas compte des honoraires des médecins.

Le sénateur McGrand: Je voudrais revenir à une remarque qui a été faite au sujet de la qualité des soins dans les provinces de l'Atlantique. Le témoin a-t-il effectivement dit que la qualité des soins y est de 20 p. 100 inférieure à ce qu'elle est dans d'autres provinces? Si tel est le cas, faites-vous allusion à la qualité des soins hospitaliers ou des soins dispensés par les médecins?

M. Freamo: Les chiffres auxquels nous faisons allusion ont été présentés par les gouvernements des provinces de l'Atlantique. Ce ne sont pas les nôtres. Ils reflètent plusieurs choses. Dans bien des parties des provinces de l'Atlantique, il n'y a aucun spécialiste pour assurer les services nécessaires et, partant, le malade doit être traité dans une autre partie du pays. Ces chiffres représentent les coûts engagés pour chaque habitant des provinces de l'Atlantique seulement. Ils reflètent le fait que ces provinces ne disposent pas de tous les services nécessaires et qu'elles assimilent cette réalité à leur concept de qualité des soins. Mais nous n'avons pas compté ces chiffres.

Le sénateur McGrand: Il m'importe peu de savoir qui les a compilés; je veux savoir ce qu'ils signifient.

[Text]

Mr. Freamo: There is no difference in the quality of care as between physicians. They are measuring the quantity of specialist physicians.

Dr. Coffin: May I add that in New Brunswick, to my knowledge, there is one dermatologist and Prince Edward Island recently got its second paediatrician.

Senator McGrand: And the dermatologist is in Saint John, is he not?

Dr. Coffin: Yes, and that is a long way from Campbellton.

Senator Tremblay: Mr. Chairman, I would like to understand as best I can the exact meaning of what we were discussing a moment ago. As I understand it subclause 12(2) makes it compulsory that there be agreement. Paragraph 12(2)(c) says that a province may change the terms of the so-called binding arbitration by introducing legislation. Therefore, we do not have binding arbitration pure and simple. And any province can take this step.

Mr. Freamo: We are not trying to take away the rights of the legislature of a province to deal in the final analysis with the financial problems they have. However, we are opposed to the type of binding arbitration where the province determines in advance and directs the arbitrator accordingly as to how they may not go beyond, for example, the cost of living or something of that sort. This is done in some places in Canada to day. The cabinet directs the arbitration group as to what limits it can use in bringing in its report. We say, let the report be presented in a free way. If Newfoundland says it cannot afford what is proposed, it can bring in a specific act through the legislature to alter the award.

Senator Tremblay: If I may go a little further, do you really believe that in the process of negotiating in good faith at the first stage, the province will not put on the table its offer in order to avoid the arbitration group knowing something in advance? If that is what you wish to avoid, how can the process work? The only significance in putting the legislation in this way is to have a debate between the parties. Up to that point everything falls under the government. If it goes to the legislature, you will have what I call dynamics between the parties. That is what you want, to have the question of reasonable remuneration for doctors assessed in a systematic way through arbitration, because we have imposed negotiation and agreement. That is the practical effect of this clause.

Mr. Freamo: We are looking at the decision of cabinet as opposed to the decision of the legislature. If a binding arbitration panel sits in judgment and presents a reasoned report as to compensation, we think that in most instances the government will buy it, because if they have to introduce legislation to alter that report they have to justify to the House of Commons, the other parties and the public the decision they are trying to implement.

Senator Tremblay: In relation to that matter, what about the right to strike?

[Traduction]

M. Freamo: Il n'y a aucune différence dans la qualité des soins assurés par les médecins. Ces chiffres font état du nombre de spécialistes disponibles.

M. Coffin: Permettez-moi d'ajouter qu'autant que je sache, le Nouveau-Brunswick, compte un dermatologue et que l'Île-du-Prince-Édouard vient d'accueillir son deuxième pédiatre.

Le sénateur McGrand: Et le dermatologue est établi à Saint-Jean, n'est-ce pas?

M. Coffin: Oui, et cette ville est très éloignée de Campbellton.

Le sénateur Tremblay: Monsieur le président, je voudrais pouvoir saisir de mon mieux la signification exacte du point dont nous débattions il y a quelques instants. Si je comprends bien, le paragraphe 12(2) exige qu'une province conclue un accord. L'alinéa 12(2)c) prévoit qu'une province peut modifier les dispositions de ce qu'on appelle l'arbitrage exécutoire en adoptant une loi. Nous ne pouvons donc pas recourir purement et simplement à l'arbitrage exécutoire. Et n'importe quelle province peut prendre pareille mesure.

M. Freamo: Nous n'essayons pas de priver l'assemblée législative d'une province de ses droits de s'occuper de ses problèmes financiers. Nous nous opposons toutefois au genre d'arbitrage exécutoire grâce auquel la province déterminera à l'avance qu'elle ne dépassera pas, par exemple, l'indice du coût de la vie ou quelque chose du genre, et préviendra l'arbitre en conséquence. Certaines provinces agissent actuellement ainsi. Le Cabinet impose au conseil d'arbitrage des limites qu'il ne doit pas dépasser lorsqu'il dépose son rapport. Or, nous voulons que les rapports soient présentés librement. Si Terre-Neuve est d'avis qu'elle ne peut se permettre de verser le montant proposé, son Assemblée législative peut alors adopter une loi précise modifiant le montant de la contribution.

Le sénateur Tremblay: Si vous me permettez d'aller un peu plus loin, croyez-vous réellement que pendant la première étape des négociations menées en toute bonne foi, la province ne déposera pas son offre afin d'éviter que le groupe d'arbitrage n'apprenne quelque chose? Si c'est ce que vous voulez éviter, comment le processus peut-il être efficace? Une mesure législative ainsi rédigée n'a de sens que si elle permet un débat entre les parties. Avant cela, tout relève du gouvernement. Si cette mesure est présentée à l'Assemblée législative, il y aura alors ce que j'appelle une dynamique entre les parties. Vous désirez que la question de la rémunération raisonnable des médecins soit évaluée de façon systématique au moyen de l'arbitrage, parce que nous avons imposé des négociations et des accords. C'est là l'effet pratique de cet article.

M. Freamo: Nous examinons la décision du Cabinet par opposition à celle de l'Assemblée législative. Si un conseil d'arbitrage exécutoire prépare son jugement et présente un rapport sensé à l'égard de la rémunération, nous sommes d'avis que, dans la plupart des cas, le gouvernement l'acceptera, mais si la province doit adopter une loi modifiant ce rapport, elle doit justifier la décision qu'elle tente d'appliquer devant la Chambre des communes, les autres parties et le public.

Le sénateur Tremblay: A ce propos, qu'advient-il du droit de grève?

[Text]

Mr. Freamo: The only so-called strike we had was in 1962 in Saskatchewan and even then we operated an emergency service. In Europe the doctors pull everybody out when they strike. They really mean it when they strike. We do not talk in those terms. But even in withdrawing services and in providing an emergency service, I cannot see this being done in Canada today. I discussed this matter with members of the other place and said if conditions ever got so bad that doctors went on strike it wouldn't make any difference whether or not is was legal; it would be such an upheaval. I cannot see the system ever getting into the framework which could cause doctors to go out on strike. Certainly, if a binding arbitration system which works is put in place you would never see a strike in Canada.

Senator Tremblay: I have one last question, Mr. Chairman. If that the legislation were worded in the way you have proposed in the first paragraph, this would mean real protection for the doctors without entering into an agreement. In exchange for that would you give protection to the public by saying something to the affect that there would not be any strikes?

Mr. Freamo: If you wish to have that written in, Senator—

Senator Tremblay: In the same section?

Mr. Freamo: Yes, in the same section. We will accept that.

Senator Phillips: Mr. Chairman, I was going to ask some questions with respect to clause 12. However, I think that clause has been fairly well covered. I have one brief supplementary question to Senator Haidasz' question. He mentioned that extra billing has been banned in the Province of Quebec for a number of years. Has that reduced the ratio of physicians in Quebec as opposed to the other provinces and has it reduced the various specialties in relation to the other provinces?

Dr. Coffin: We have fewer physicians in Quebec than we have in Ontario. That has to do with population. Our ratio is quite good. We have had a loss of specialist recently estimated by the College at more or less 300 a year. That is not my figure but the College's. This is in respect to certain specialties such as orthopaedics, psychiatry and anesthesia. There certainly is a shortage.

Senator Phillips: There is a shortage and you have lost 300?

Dr. Coffin: We have been losing roughly 300 for each of the last six or seven years.

Senator Phillips: Do those doctors go elsewhere in Canada or do they emigrate?

Dr. Coffin: Both. Some of them go to the United States and others to the other parts of Canada.

The Chairman: I received a copy of a letter put out by The Canadian Medical Association which is an open letter to the minister and Mr. David Weatherhead, who is the Chairman of

[Traduction]

M. Freamo: La seule prétendue grève que nous avons eue s'est produite en 1962, en Saskatchewan, et même à cette époque, nous avons assuré un service d'urgence. En Europe, les médecins font sortir tout le monde; lorsqu'ils font la grève, ils parlent sérieusement. Nous ne procédons pas de cette façon. Même si nous supprimions les services et assurions un service d'urgence, je ne crois pas qu'une grève puisse avoir lieu aujourd'hui au Canada. J'en ai discuté avec des députés de la Chambre des communes; j'ai déclaré que si la situation se détériorait au point que les médecins fassent la grève, il importerait peu qu'elle soit légale ou non car elle causerait un bouleversement énorme. Je ne puis m'imaginer que le système se détériorera au point d'amener les médecins à faire la grève. Si un système d'arbitrage exécutoire efficace est instauré, il n'y aura assurément jamais de grèves au Canada.

Le sénateur Tremblay: J'ai une dernière question à poser, monsieur le président. Si le projet de loi était formulé comme vous l'avez proposé au premier paragraphe, il protégerait vraiment les médecins, et les provinces ne seraient pas obligées de conclure un accord. En échange, assurerez-vous la protection du public en déclarant qu'il n'y aurait pas de grèves?

M. Freamo: Si vous voulez qu'on insère cette disposition, sénateur—

Le sénateur Tremblay: Dans le même article?

M. Freamo: Oui, dans le même article. Cela nous conviendrait.

Le sénateur Phillips: Monsieur le président, je voulais poser quelques questions au sujet de l'article 12, mais je pense qu'on en a traité suffisamment. J'ai une courte question qui s'ajoute à celle du sénateur Haidasz. Il a déclaré que la surfacturation était interdite depuis un certain temps au Québec. Cette mesure a-t-elle réduit dans cette province, plus que dans les autres, la proportion de médecins et de divers spécialistes?

M. Coffin: Il y a moins de médecins au Québec qu'en Ontario. C'est une question de population. Notre proportion est très bonne. Selon une étude effectuée récemment par le Collège des médecins, nous avons perdu environ 300 spécialistes par année. Ces chiffres ne viennent pas de nous mais du Collège des médecins. Ces médecins étaient spécialistes dans des domaines comme l'orthopédie, la psychiatrie et l'anesthésie. Il existe certes une pénurie de spécialistes dans ces secteurs.

Le sénateur Phillips: Il y a pénurie et vous avez perdu 300 spécialistes?

M. Coffin: Nous avons perdu environ 300 spécialistes par année au cours des six ou sept dernières années.

Le sénateur Phillips: Ces médecins déménagent-ils dans d'autres régions du Canada ou à l'étranger?

M. Coffin: Certains émigrent aux États-Unis alors que d'autres déménagent dans d'autres régions du pays.

Le président: J'ai reçu une copie d'une lettre ouverte de l'Association médicale canadienne adressée au ministre et à M. David Weatherhead, qui est le président du Comité permanent

[Text]

the House of Commons Standing Committee on Health, Welfare and Social Affairs. Dr. Everett Coffin charges:

Major changes in the fundamental purpose and objectives of Bill C-3 have been proposed by the Government and accepted by the Committee AFTER the Bill was approved in principle by the House of Commons.

He goes on to state further:

... in the process of perpetrating political fraud.

Could you tell us where the political fraud comes in before you leave, Dr. Coffin?

Mr. Freamo: Might I comment on that, Mr. Chairman?

The Chairman: The man who signed the letter was Dr. Coffin and since he is the man who signed it maybe we could have him answer the question.

Dr. Coffin: Let us say that it was a rather energetic reaction which we couched in stimulating prose; under the emotion of the moment maybe we were too energetic in our reaction. However, there was some feeling that the real intent and purpose of the legislation as contained in sections 3 and 4 had been changed after approved of the bill. We were sincere enough to seek legal opinion and to bring this matter up with the speaker. We were informed that there was really no crime, nothing had been added, things had been subtracted more than added and this did not create a procedural sin.

Senator Phillips: Mr. Chairman, may I say I appreciate the sentiments of the letter.

The Chairman: I know you do. I am not saying that I do not. I just want to know what the major changes were.

Mr. Geekie: May I respond to that, Mr. Chairman?

The Chairman: Perhaps the man who wrote the letter can respond.

Mr. Geekie: I happen to have the bill in front of me, which is the only reason I wish to respond, sir, with your permission.

The Chairman: Please make it short, we are late as it is.

Mr. Geekie: The bill as originally tabled in the other place, approved in principle, and as distributed by your committee to our association and other delegations appearing before it was substantially changed. Deleted from section 3, which sets out the primary objective of Canadian health care policy, was the following:

It is hereby declared that Canadian health care policy should be designed and administered

- (a) to encourage effective allocation of the nation's health resources;
- (b) to facilitate the provision of adequate health services throughout Canada;

[Traduction]

de la santé, du bien-être social et des affaires sociales de la Chambre des communes. M. Everett Coffin soutient:

Des modifications importantes de la raison d'être et des objectifs du projet de loi C-3 ont été proposées par le gouvernement et acceptées par le Comité APRÈS que le projet de loi ait été approuvé en principe par la Chambre des communes.

Et il poursuit:

... ce qui représente une fraude politique.

Monsieur Coffin, pouvez-vous nous dire avant de nous quitter, où se produit cette fraude politique?

M. Freamo: Pourrais-je répondre à votre question, monsieur le président?

Le président: Puisque la lettre est signée par M. Coffin, je crois que c'est à lui de me répondre.

M. Coffin: Je dois dire que cette lettre représente une réaction plutôt énergique formulée dans une prose très stimulante; dans l'émotion du moment, peut-être nous sommes-nous un peu emportés. Toutefois, certains étaient d'avis que l'objectif réel du projet de loi qui apparaissait dans les articles 3 et 4 avait été modifié après que le projet de loi ait été approuvé. Nous étions tellement convaincus de la question que nous avons consulté des avocats et que nous avons posé la question au président. On nous a dit que ce n'était pas un acte criminel, qu'on avait enlevé plus de choses qu'on en avait ajoutées et que cela n'allait pas à l'encontre de la procédure.

Le sénateur Phillips: Monsieur le président, je dois dire que je comprends ce qui a poussé l'Association à écrire cette lettre ouverte.

Le président: Je le sais. Je ne dis pas que je ne comprends pas; je veux simplement savoir quelles sont les modifications importantes dont on parle.

M. Geekie: Pourrais-je répondre à cette question, monsieur le président?

Le président: Encore une fois, peut-être l'auteur de cette lettre pourrait-il répondre.

M. Geekie: Je désire simplement répondre, si vous me le permettez, parce que j'ai le projet de loi devant moi.

Le président: Je vous demanderai d'être bref car nous sommes déjà en retard.

M. Geekie: Le projet de loi a été à l'origine déposé dans l'autre endroit, approuvé en principe, et distribué par votre Comité à notre Association et à d'autres délégations qui devaient comparaître, avant d'être modifié de façon considérable. Par exemple, on a retiré le passage suivant de l'article 3 qui donne l'objectif premier de la politique canadienne de la santé:

La politique canadienne de la santé a pour objectifs complémentaires:

- a) de rationaliser l'affectation des ressources du pays en matière de santé;
- b) de faciliter la prestation de services de santé convenables à l'échelle du pays;

[Text]

That section was eliminated from the primary objectives of the bill as approved in principle in the other place. Furthermore, we assumed that the objectives and purposes of the bill would be very clear. However, when the bill was presented to us the following was deleted from under the section entitled "Purpose":

... the objectives of Canadian health care policy, while recognizing the primary responsibility of the provinces for the provision of health care services, ...

So the purposes and objectives of the bill as originally presented to us, and to which we and other delegates were requested to address ourselves, were deleted. Since the purposes and objectives were amended and restricted to a narrow area it was no longer possible for organizations such as ours to address the changed purposes and objectives of the bill.

The Chairman: If there are no further questions of this group, Senators, perhaps we could move on to the next group. I would like to thank the President of the Canadian Medical Association and his group for giving us their time. I do not know how long our study of this bill will be but before you leave, gentlemen, could I ask if it would be possible to have you back for further questions if we feel it necessary?

Dr. Coffin: Yes, we would be pleased to come back.

The Chairman: We have with us now Dr. Stanley Kulcher, from the Canadian Association of Interns and Residents. First, I will ask him if he has a few words to say to us and perhaps he can introduce the members of his group who are with him. With that, I will turn it over to Dr. Kulcher.

Dr. Stanley Kutcher, Member, Executive Committee, Ontario Branch, Canadian Association of Interns and Residents and La Fédération des médecins résidents et internes du Québec: Mr. Chairman, members of the committee, we thank you for the opportunity to appear before you to contribute to your study of the Canada Health Act. We are here representing the Canadian Association of Interns and Residents and La Fédération des Médecins Résidents et Internes du Québec.

I would first like to introduce our group to honourable senators. On my right is Dr. Barbara Kane, who is currently the President of the Professional Association of Interns and Residents of Ontario and a member of CAIR's executive. She is a resident in London, Ontario. Mr. McDonald is legal counsel for CAIR and the FMRIQ. I am Stan Kutcher, a past president of the Professional Association of Interns and Residents of Ontario, and I have been a member of CAIR's executive for the past three years. Currently I am a resident in Toronto.

CAIR and the FMRIQ represent more than 7,000 hospital doctors employed in Canadian hospitals. CAIR is the national organization composed of professional organizations outside

[Traduction]

Ces paragraphes ont été éliminés de la liste des objectifs premiers du projet de loi après qu'il eut été approuvé en principe dans l'autre endroit. De plus, nous avions supposé que les objectifs et la raison d'être du projet de loi seraient très clairs. Toutefois, lorsque le projet de loi nous a été présenté, le passage suivant avait été retiré de l'article intitulé «Raison d'être»:

... de favoriser la mise en œuvre de la politique canadienne de la santé, compte tenu de la compétence première des provinces en ce qui concerne la prestation des services de santé ...

Ainsi, les objectifs et la raison d'être du projet de loi qu'on nous avait présenté à l'origine, et qu'on avait invité notre association et d'autres groupes à commenter, ont été retirés. Puisque les objectifs et la raison d'être ont été modifiés et limités à un étroit secteur, il n'était plus possible pour des organismes comme le nôtre de discuter des objectifs et de la raison d'être modifiés du projet de loi.

Le président: Sénateurs, si vous n'avez plus de questions à poser à ce groupe, peut-être pourrions-nous inviter les représentants de l'autre groupe à prendre la parole. J'aimerais remercier le président de l'Association médicale canadienne et ses collègues d'avoir pris le temps de venir témoigner devant nous. Je ne sais pas combien de temps prendra notre étude de ce projet de loi, mais avant que vous ne partiez, messieurs, pourrais-je vous demander si vous seriez disposés à comparaître devant nous à nouveau si nous désirons vous poser d'autres questions?

M. Coffin: Nous serions très heureux de le faire.

Le président: Nous accueillons maintenant M. Stanley, du *Canadian Association of Interns and Residents*. Tout d'abord, je lui demanderai s'il a quelques mots à dire et peut-être de nous présenter ceux qui l'accompagnent aujourd'hui. La parole est donc à vous, monsieur Kulcher.

M. Stanley Kutcher, membre du comité exécutif, division de l'Ontario, Canadian Association of Interns and Residents et Fédération des médecins résidents et internes du Québec: Monsieur le président, membres du Comité, nous tenons à vous remercier de nous avoir donné l'occasion de comparaître devant vous pour vous faire part des conclusions de notre étude de la Loi canadienne de la santé. Nous représentons la Canadian Association of Interns and Residents ou CAIR et la Fédération des médecins résidents et internes du Québec, la FMRIQ.

J'aimerais tout d'abord vous présenter mes collègues. A ma droite, M^{me} Barbara Kane, présidente du Professional Association of Interns and Residents of Ontario et membre de la direction de CAIR. Elle vit à London en Ontario. M. McDonald est conseiller juridique de CAIR et de la FMRIQ. Je suis Stan Kutcher, ancien président de la Professional Association of Interns and Residents of Ontario, et membre de la direction de CAIR depuis trois ans. Je vis actuellement à Toronto.

CAIR et la FMRIQ représentent plus de 7,000 médecins travaillant dans les hôpitaux canadiens. CAIR est l'organisme national formé de groupes professionnels de l'extérieur du

[Text]

Quebec, while the FMRIQ represents hospital doctors employed in Quebec.

Perhaps I can briefly define "intern" and "resident" to refresh your memories. An intern is a medical doctor who practises medicine in a hospital setting, obtaining further post-graduate training in order to obtain licensure to practice in a province. A resident—and about three-quarters of our membership is made up of residents—is a medical doctor who is already licensed to practise medicine and who chooses to work in hospitals while obtaining further expertise in the specialty area of his choice. Honourable senators have copies of the brief that we have submitted to this committee, so at this time I would simply like to summarize some of the issues that appear within it and to bring others to your attention.

Our purpose in appearing before honourable senators is to ask for an amendment of the proposed Canada Health Act to make explicit the opportunity for all doctors to practise within medicare. The amendment that honourable senators have before them is a changed version of the original amendment that was presented to the committee of the other place. It has been changed, we feel, to deal with the concerns expressed by the Minister of Health. I would like to read the amendment as it appears before you. It is proposed subclause 12(e), and it reads:

must provide that every duly qualified medical practitioner, and, where applicable, dentist, who has been licensed by the province to practice in the province may participate in the plan.

I would like to note from the outset that we, as interns and residents, as young physicians and as the physicians of the future, support the institution of medicare and that we support the principles of the Canada Health Act.

When the Canada Health Act was advanced, there were a number of important principles enunciated, including universality, accessibility and comprehensiveness. Two loopholes were pointed out initially that the act was to close so that Canada would not have a two-tier medical system. These loopholes were in the area of extra billing and user fees. I would like to draw this committee's attention to a third loophole, which is that the act, as it is currently constituted, makes it possible for physicians to practise outside medicare. We raise this concern because we do not feel that this possibility has been adequately addressed previously. We feel that, generally, it has always been assumed that physicians will have the opportunity to practise within medicare. Indeed, much of previous history has been to determine ways to encourage physicians to practise and to continue practising within medicare. We, as young physicians and as physicians of the future, are concerned with the state of medicare and we have subscribed to that assumption; that is, we fully expect to practise within medicare.

Thus it comes as something of a surprise to us that that assumption is not necessarily shared by all parties. We are faced with the reality that we may be denied the opportunity to practise within medicare. This is not an idle concern. Recent examples, particularly in the province of British Columbia,

[Traduction]

Québec, alors que la FMRIQ représente les médecins travaillant dans les hôpitaux du Québec.

J'aimerais vous rappeler ce qu'est un interne et ce qu'est un résident. Un interne est un médecin qui pratique dans un hôpital, qui y poursuit ses études supérieures dans le but d'obtenir sa licence pour pratiquer dans une province donnée. Un résident, environ trois quarts de nos membres sont des résidents, est un médecin qui a déjà une licence lui permettant de pratiquer et qui décide de travailler dans des hôpitaux pour obtenir une plus grande expérience dans un domaine de son choix. Vous avez reçu des exemplaires du mémoire que nous avons présenté à votre Comité, et j'aimerais simplement résumer certaines des questions qu'on y aborde ainsi que certaines autres questions que nous aimerions porter à votre attention.

Nous comparaissons devant vous aujourd'hui pour vous demander de modifier le projet de loi sur la santé de sorte qu'il indique clairement que tous les médecins peuvent pratiquer dans le cadre du régime de l'assurance-maladie. La modification que vous avez devant vous est une nouvelle version de la modification que nous avons proposé au Comité de l'autre endroit; elle a été modifiée afin de refléter les préoccupations exprimées par le ministre de la Santé. J'aimerais vous lire cette nouvelle modification que nous proposons pour le paragraphe 12 e).

prévoit que chaque médecin qualifié et, s'il y a lieu, chaque dentiste qui a reçu une licence d'une province pour y pratiquer peut participer au régime d'assurance-maladie.

J'aimerais vous dire, dès le départ, qu'à titre d'internes et de résidents, de jeunes médecins et de médecins de demain, nous appuyons le principe de l'assurance-maladie et celui de la Loi canadienne sur la santé.

Lorsqu'on a proposé la Loi canadienne sur la santé, on a énoncé différents principes importants y compris l'universalité, l'accessibilité et le caractère global. À l'origine, on avait signalé deux problèmes, la surfacturation et les frais modérateurs, que la loi visait d'ailleurs à faire disparaître afin d'assurer que le Canada n'aurait pas un système médical à deux niveaux. J'aimerais attirer votre attention sur un troisième problème, soit le fait que la loi, sous sa forme actuelle, permet aux médecins qui le désirent de pratiquer indépendamment du régime d'assurance-maladie; nous ne croyons pas que cet aspect a vraiment été étudié. Nous sommes d'avis que, dans l'ensemble, on a toujours supposé que les médecins pourraient pratiquer dans le cadre du régime d'assurance-maladie. De fait, on a toujours cherché à encourager les médecins à pratiquer, et à continuer de le faire, dans le cadre du programme d'assurance-maladie. À titre de jeunes médecins et de médecins de demain, nous nous préoccupons de l'assurance-maladie et nous prévoyons vraiment pratiquer sous ce régime.

Nous sommes donc étonnés d'apprendre que toutes les parties ne partagent pas notre opinion. Nous devons accepter la réalité et reconnaître qu'on pourrait nous refuser le droit de pratiquer au sein du régime. Cette crainte n'est pas sans fondement. De récents exemples, particulièrement en Colombie-Britannique, démontrent qu'il existe des mesures permettant

[Text]

have shown that there are measures to preclude physicians from the opportunity to practise within medicare.

I am referring, as honourable senators all know, to the issue of restriction of billing numbers. A physician who cannot obtain a billing number in the province of British Columbia cannot practise within the medicare system of that province. Indeed, there are many examples of billing numbers currently being denied to physicians who wish to practise in that province. Unfortunately, what this oversight in the act leads to is essentially the problem that one of the purposes of the act, as we understand it, was to address; that is, to ensure that Canada does not have a two-tier medical system. If it is possible for physicians to practise outside medicare, then there is the opportunity for a two-tier system to develop.

I would like briefly to discuss some of the issues that our amendment raises. First, however, I would like to tell honourable senators what our amendment is not. Our amendment is not a request for a job. It does not guarantee us a job, nor does it guarantee us an income. That is not the intent of the amendment.

What the amendment intends is this: first, I think it allows for fundamental fairness for physicians. If physicians are asked to practise within medicare—if physicians are not allowed to practise outside medicare—then surely there must be provision in the act for us to be allowed to practise within medicare.

Secondly, one of the features about medicine and the practice of medicine that makes it responsible to the community is that there is a dynamic infusion of new skills and new blood into practice currently under way. There is a sharing of information amongst all physicians. If systems such as those imposed in British Columbia are enacted, we fear that the actual practice of medicine in the community will suffer because young physicians recently trained with new technologies will be denied access to practice.

Thirdly, we feel that this amendment is necessary to protect the gains made by women in our profession. In the 1950s, about 7 per cent of medical school students were female. Currently, that percentage has risen to a more equitable 40 per cent. If young physicians are denied access to the medicare system, we feel that the current maldistribution of women in practice will be hindered further and that this is really not a progressive step.

Fourth, we feel that, if physicians are not allowed access to the system, if they are not allowed to practise within medicare and if that is not made explicit in the act, a consequence of that would be to compromise the right of patients of access to the physician of their choice. For example, there are many female patients who may feel more comfortable with a woman physician. If women are then excluded from the act because of principles such as that outlined in British Columbia, this would have an effect there. As well, there may be some minority groups who have now attained a population density that can support a physician of that minority group, and such patients would feel more comfortable consulting a physician that they can more easily understand.

[Traduction]

d'empêcher des médecins de pratiquer au sein du régime d'assurance-maladie.

Comme vous le savez, honorables sénateurs, je fais allusion aux numéros de facturation. Un médecin qui ne peut obtenir un numéro de facturation en Colombie-Britannique ne peut pratiquer au sein du régime d'assurance-maladie de cette province. De fait, il y a nombre d'exemples où on a refusé à des médecins désirant pratiquer dans cette province des numéros de facturation. Malheureusement, en raison de cet oubli, un des objectifs du projet de loi ne sera pas respecté; cette mesure ne parvient donc pas à assurer que le Canada n'aura pas un système à deux niveaux. Si les médecins peuvent pratiquer en dehors du régime, cette situation pourrait fort bien entraîner la création d'un système à deux niveaux.

J'aimerais dire quelques mots sur certaines des questions soulevées par notre modification. Toutefois, j'aimerais d'abord vous dire ce que notre modification n'est pas: elle ne représente pas une demande d'emploi, elle ne nous garantit pas un emploi ou même un revenu. Ce n'est pas sa raison d'être.

Voici donc quels sont ses objectifs: premièrement, je crois qu'elle assure une justice fondamentale pour les médecins. Si l'on demande aux médecins de pratiquer au sein du régime, si on ne leur permet pas de pratiquer en dehors du régime—on doit certes prévoir dans la loi une disposition qui assure aux médecins qui le désirent le droit de pratiquer au sein du régime.

Deuxièmement, une des caractéristiques de la médecine qui la rend responsable devant la collectivité est le fait qu'elle reçoit constamment une injection de nouvelles techniques et de nouveaux praticiens. Il existe chez les médecins un échange de renseignements et de connaissances. Si des systèmes comme celui de la Colombie-Britannique entrent en vigueur, nous craignons que la pratique de la médecine dans la collectivité n'en souffre parce que les jeunes médecins qui ont été formés avec de nouvelles techniques ne pourront pratiquer.

Troisièmement, à notre avis cette modification s'impose afin de protéger les progrès réalisés par les femmes de notre profession. Au cours des années 1950, environ 7 p. 100 des étudiants des facultés de médecine étaient des femmes. Aujourd'hui, ce pourcentage est passé à un niveau plus acceptable, soit 40 p. 100. Si les jeunes médecins se voient refuser l'accès au système d'assurance-maladie, nous craignons qu'encore moins de femmes puissent pratiquer la médecine.

Quatrièmement, nous sommes convaincus que si les médecins se voient refuser l'accès du système, que si on ne leur permet pas de pratiquer au sein du régime et que si ce droit n'est pas établi clairement dans la loi, cela pourrait mettre en danger le droit des patients au médecin de leur choix. Par exemple, bon nombre de femmes se sentent beaucoup plus à l'aise avec une femme médecin. Si les femmes sont exclues en raison de principes comme celui mis en œuvre en Colombie-Britannique, on pourra s'attendre à ce type de répercussions. De plus, certains groupes minoritaires comptent suffisamment de membres pour justifier les services d'un médecin de même origine, et ces patients se sentiraient certainement plus à l'aise avec un médecin qu'ils comprennent mieux.

[Text]

Finally we feel that the possible effect of not making explicit that physicians have the right to practise within medicare would lead to the development of a two-tier system; and this, we feel, would be a contradiction to the spirit of the act. I would like to close my introductory remarks by thanking you for the opportunity to appear before you. At this time we will answer any questions that you may have.

The Chairman: Thank you, Dr. Kutcher. Perhaps I could ask the first question. As you are probably aware, the basic point about the Canada Health Act is the amalgamation of the Hospital Insurance and Diagnostic Services Act and the Medical Care Act, which were passed with the agreement of the federal and provincial governments, mainly because health care falls under provincial jurisdiction. Are you suggesting that the federal government should unilaterally make amendments to the act without consultation with the provinces or without first having a federal-provincial conference to make such amendments to the act?

Mr. James McDonald, legal counsel, Canadian Association of Interns and Residents and La Fédération des médecins résidents et internes du Québec: Perhaps I could answer that question, because I sat through most of the deliberations of the committee in the other house when that matter was raised. We noted before that committee that four provinces had directed themselves in some way toward our amendment. In appearances before the committee, the health ministers from Alberta and Ontario indicated that they did not oppose our amendment. Two other health ministers—from Newfoundland and New Brunswick—indicated that they did not oppose our amendment. No one before that committee indicated any opposition to our amendment, although I would assume that British Columbia, because of the practice existing there, would probably not support the amendment. That is one aspect of the answer. Secondly, the position that was taken by the federal minister before that committee was that the protection already existed in the act, that it had existed in the Medical Care Act, and that the protection that we needed already existed. What we were asking, and what we are now asking before this committee, is that that protection be made explicit. In essence, we are not asking for anything that was not already in the other act. Our position is that the amendment we are asking for is consistent with the philosophy of the Canada Health Act and with the philosophy of the minister who brought the act forward. Possibly those two aspects of my reply might address your concern.

The Chairman: If it is already in the other acts, and consequently is in this proposed act, then you are asking for it to be clarified?

Mr. McDonald: That is correct.

The Chairman: Has anyone ever taken the matter to court to ascertain what the courts have said about the act?

Mr. McDonald: The act has never been taken to court. That is one of the concerns. The minister was relying on legal opinion that it was already in the act. It had not been taken to court. It is unclear exactly how it gets into the court, given the rights that are conferred on the various parties under the act.

[Traduction]

Enfin, s'il n'était pas précisé que les médecins ont le droit d'exercer dans le cadre du régime d'assurance-maladie, un système à deux niveaux risquerait de se développer, ce qui selon nous irait à l'encontre de l'esprit de la loi. En terminant, j'aimerais vous remercier de nous avoir donné l'occasion de témoigner devant vous. Nous sommes maintenant prêts à répondre à vos questions.

Le président: Merci, monsieur Kutcher. Peut-être devrais-je poser la première question. Comme vous le savez probablement, le fait principal est que la Loi canadienne sur la santé est née de la fusion de la Loi sur l'assurance-hospitalisation et les services diagnostiques et de la Loi sur les soins médicaux. Les gouvernements fédéral et provinciaux ont fondu ces lois d'un commun accord, essentiellement parce que les soins médicaux relèvent de la compétence des provinces. Voulez-vous dire que le gouvernement fédéral devrait unilatéralement modifier la loi sans consulter les provinces, ou sans que n'ait tout d'abord lieu une conférence fédérale-provinciale?

M. James McDonald, conseiller juridique, Canadian Association of Interns and Residents et Fédération des médecins résidents et internes du Québec: Je pourrais peut-être répondre à cette question étant donné que j'ai assisté à la plupart des réunions du Comité de l'autre endroit au cours desquelles la question a été soulevée. Elles nous ont permis de nous rendre compte que quatre provinces approuvaient d'une façon quelconque la modification que nous proposons. Lorsqu'ils ont témoigné devant le Comité, les ministres de la Santé de l'Alberta et de l'Ontario ont indiqué qu'ils ne s'y opposaient pas. Ceux de Terre-Neuve et du Nouveau-Brunswick ne s'y opposent pas non plus. Aucun témoin ne s'est dit opposé à notre modification, mais il en va peut-être tout autrement de la Colombie-Britannique où une telle pratique existe. C'est là un premier élément de la réponse. Le deuxième a trait à la position du ministre fédéral qui a dit au Comité, que ce droit était, déjà protégé par la loi, qu'il l'avait été dans la Loi sur les soins médicaux, autrement dit que la protection que nous recherchons nous est déjà offerte. Ce que nous voulons et ce que nous demandons à votre Comité, c'est que cette protection soit explicite. Nous ne demandons rien qui ne soit pas déjà dans l'autre loi. La modification que nous voudrions voir adoptée est conforme aux principes de la Loi canadienne sur la santé et à ceux du ministre qui l'a proposée. Cela devrait répondre à votre question.

Le président: Si cette protection existe déjà dans les autres lois et par conséquent dans celle qui est actuellement proposée, vous demandez donc tout simplement qu'elle soit précisée?

M. McDonald: C'est exact.

Le président: Quelqu'un a-t-il déjà soulevé la question devant les tribunaux pour savoir ce qu'ils avaient à dire au sujet de la loi?

M. McDonald: Non. C'est d'ailleurs là une de nos préoccupations. Le ministre est d'avis que la loi en elle-même est complète. Elle n'a pas été éprouvée devant les tribunaux. Nous ne savons pas au juste comment elle pourrait l'être étant donné les droits qu'elle confère aux diverses parties. Si la loi assure cette

[Text]

Our concern has always been that if it is in the act, then make it explicit in the act so that there is clear guidance for all parties, including the provinces, that it is a fundamental principle of medicare that doctors should have the opportunity to participate in medicare in the same way that patients and insured persons across Canada have the opportunity to participate. We are asking that it be made explicit, so that it is not left to judicial interpretations, that it does not force parties to go to court and fight it out in order to have a right which, we believe, is fundamental to the entire system of medicare. We should make that right explicit in the act. In our opinion, we provided the committee of the other place two legal opinions—noted constitutional experts namely, Mr. John B. Laskin and Mr. John Sopinka—that it was within the legislative authority of the Canadian Parliament to enact that explicitly in the act if it was not already there.

The Chairman: If the act indicates that it is already there, and if the minister says that that is her interpretation and the legal advice from the Department of Justice is to that effect, then rather than get into controversy with the provinces in changing words and concepts, would it not be wiser, for example, to have a doctor in British Columbia take the matter to court and look for a number?

Mr. McDonald: First, as we point out in our submission—in paragraph six—the Minister of Health in British Columbia obviously has a different legal adviser and a different legal opinion from that of the federal Minister of Health. The Minister of Health in British Columbia has been advised and has stated that he feels that in British Columbia they have the jurisdictional authority to limit the numbers. So in practice they are going ahead and doing it. That is one problem that we have. There is a conflict in terms of legal advice. We do not want the matter to have to be settled in court. We think it should be made clear.

Secondly, it has been very disruptive of the lives of a number of individuals. A number of individuals have gone through the medical educational process, have spent 10 years acquiring a licence to practise, and they are now finding, in British Columbia—some of these individuals are graduates of British Columbia medical schools—that they are not being granted a billing number. If it were to go through the court procedure—and I am somewhat familiar with the court procedure—by the time the matter went to the Supreme Court of Canada, we could be looking at possibly three or four years of judicial decision-making along the way. Our belief, and the position we put before the committee in the other place, is that this matter could be dealt with at this time, that we should make explicit what we are now being told is not explicit in the act. It should be made explicit, so that it is of guidance to the provinces, and the provinces can see what the act says and is meant to say. We should not disrupt individual lives for another four or five years while we pursue the matter in the various Canadian courts and in each province.

The Chairman: Did they not make an amendment in the other committee to include the word “all”, to make it read “all services”?

Mr. McDonald: Yes, they did.

[Traduction]

protection, il faudrait que ce soit explicitement afin que toutes les parties, y compris les provinces, sachent à quoi s'en tenir; il est essentiel que les médecins aient la possibilité de participer au régime d'assurance-maladie au même titre que les patients et les personnes assurées. Nous voudrions que cela soit clair dans la loi de façon à ce que les parties n'aient pas à revendiquer devant les tribunaux un droit sur lequel repose à notre avis tout le régime d'assurance-maladie. La loi devrait être claire à ce sujet. Nous avons demandé à deux experts constitutionnels réputés, soit M. John B. Laskin et M. John Sopinka, de confirmer au Comité de l'autre endroit que le parlement canadien avait le pouvoir législatif voulu pour apporter cette modification explicative à la loi si elle ne la contenait pas déjà.

Le président: Si la loi offre cette protection, que le ministre dise pouvoir ainsi l'interpréter et que l'avis du ministère de la Justice soit clair là-dessus, alors plutôt que de risquer une controverse avec les provinces en modifiant des termes et des concepts, ne serait-il pas plus simple par exemple qu'un médecin de la Colombie-Britannique porte l'affaire devant les tribunaux et qu'il essaie d'obtenir un numéro?

M. McDonald: Premièrement, comme nous l'avons dit dans notre mémoire—au paragraphe six—le ministre de la Santé de la Colombie-Britannique n'a pas le même conseiller juridique que le ministère fédéral de la Santé et son opinion diffère. Le ministère de la Santé de la Colombie-Britannique s'est laissé dire et a affirmé que le gouvernement de cette province avait la compétence voulue pour limiter les numéros. C'est ce qu'il fait donc. C'est là un premier problème. Les avis juridiques ne concordent pas. Nous ne voulons pas que la question en vienne à devoir être réglée par les tribunaux. Nous pensons tout simplement que la loi devrait être plus précise.

Deuxièmement, la vie d'un certain nombre de particuliers en a été affectée. Certains ont suivi des cours de médecine, ont étudié pendant dix ans pour obtenir une licence et ne peuvent au bout du compte obtenir un numéro de facturation en Colombie-Britannique—et certains d'entre eux sont des diplômés de facultés de médecine de Colombie-Britannique—Si les tribunaux intervenaient—et je connais un peu leur procédure—avant que la question ne soit renvoyée devant la Cour suprême du Canada, il s'écoulerait peut-être trois ou quatre ans. Comme nous l'avons expliqué au Comité de l'autre endroit, on pourrait régler dès maintenant la question en précisant la loi. Elle devrait être assez explicite pour que les provinces sachent ce qu'elle dit et ce qu'elle veut dire. Il ne faudrait pas faire attendre certains médecins pendant encore quatre ou cinq ans que la question soit réglée par les divers tribunaux canadiens.

Le président: L'autre Comité n'a-t-il pas proposé d'ajouter le mot «tous» afin qu'on puisse lire «tous les services»?

M. McDonald: Oui.

[Text]

The Chairman: Did that not make it explicit?

Mr. McDonald: That is a continuing matter of judicial interpretation. They included the word "all" because it was in the Medical Care Act and had been left out in this act. It certainly has not made it explicit to the Province of British Columbia, which is continuing to pursue the policies which it was pursuing before.

Senator Phillips: Mr. Chairman, I could not miss the opportunity of correcting you, when you said that this act was the result of an agreement between—

The Chairman: Not this act, but the other two acts: the Hospital Insurance and Diagnostic Services Act and the Medical Care Act.

Senator Phillips: The witness objected to the right of physicians to practise outside the Canada Health Act. Britain has had medicare for many years, and there are many specialists who prefer to operate outside the medicare principle. What specifically is wrong with a physician or specialist saying that he wants to operate outside medicare? Their patients are all aware of it and, I presume, most of them are in a financial position where they do not have to worry about the bills. What is wrong with the occasional physician doing that? I doubt whether there would be a great many of them.

Dr. Kutcher: There are a number of important and fundamental issues that you raise, senator, in the ongoing debate about what constitutes an appropriate medicare system for this country. I underline the words "this country", because this country is fundamentally quite different from Britain and shares a unique heritage that is not simply British but is also French and European—and some of us have to admit that there are some positive things from south of the border. The richness and quality of our system is a reflection of the number of different influences on this country. One of the difficulties in this debate is that those who assume that our medicare system compares, point by point, with the British system are not very helpful in developing our own medicare identity. The issue that we wish to address here is our desire to have the opportunity to practise within medicare. It would be very difficult to practise outside medicare under the current act. We object to people being forced to practise outside medicare.

Senator Phillips: Can you give me more background on the situation in British Columbia you referred to earlier? You referred to the difficulty in obtaining a billing number in British Columbia. Are these people fully qualified and licensed by the province?

Dr. Kutcher: Yes. They are fully qualified and licensed in a wide variety of types of practice, including general practice and speciality practice.

Senator Phillips: You referred to efforts to have them practise within designated geographic areas. Would this be for a specified length of time or would they be confined to that area for the rest of their practice?

[Traduction]

Le président: La loi n'en est-elle pas plus explicite?

M. McDonald: C'est toujours une question d'interprétation juridique. On a introduit le terme «tous» parce qu'il figurait dans la Loi sur les soins médicaux et avait été omis dans le projet de loi. Cela n'a certainement pas rendu les choses plus explicites pour la Colombie-Britannique qui a maintenu sa politique.

Le sénateur Phillips: Monsieur le président, il me faut vous contredire lorsque vous dites que cette loi est le résultat d'un accord intervenu entre . . .

Le président: Pas cette loi, mais les deux autres: la Loi sur l'assurance-hospitalisation et les services diagnostiques et la Loi sur les soins médicaux.

Le sénateur Phillips: Le témoin contestait le droit des médecins à pratiquer en dehors de la Loi canadienne sur la santé. La Grande-Bretagne a un régime d'assurance-maladie depuis bon nombre d'années et de nombreux spécialistes préfèrent, pratiquer en dehors de celui-ci. Pourquoi un médecin ou un spécialiste ne pourrait-il pas exercer un tel choix? Leurs patients sont au courant de la situation et je suppose que la plupart d'entre eux ont les moyens de payer. Quel mal y a-t-il à ce qu'un médecin fasse un tel choix? Je ne pense pas qu'ils seraient nombreux à opter pour cette solution.

M. Kutcher: Vous soulevez là, sénateur, un certain nombre de questions importantes et fondamentales dans le débat en cours sur ce qui constitue un régime approprié d'assurance-maladie pour le Canada. Je dis bien «le Canada» parce que notre pays est fondamentalement différent de la Grande-Bretagne et a un patrimoine unique qui n'est pas seulement britannique, mais également français et européen—et certains d'entre nous doivent admettre qu'il y a des choses positives au sud de notre frontière. La richesse et la qualité de notre régime d'assurance-maladie sont le reflet d'un certain nombre d'influences différentes exercées sur notre pays. Une des difficultés dans le débat actuellement en cours tient à ce que ceux qui présumant que notre régime se compare, point par point, à celui qui reste en Grande-Bretagne ne nous aident pas à avoir un régime bien à nous. Ce que nous tenons à faire ressortir ici, c'est notre désir de pouvoir pratiquer à l'intérieur même du régime. Il serait très difficile de pratiquer en dehors de celui-ci en vertu de la loi actuelle. Nous nous opposons au fait que certaines personnes y soient forcés.

Le sénateur Phillips: Pouvez-vous nous donner plus de détails sur la situation en Colombie-Britannique dont vous avez parlé tout à l'heure? Vous avez mentionné la difficulté d'obtenir un numéro de facturation dans cette province. Les intéressés sont-ils pleinement qualifiés et autorisés à pratiquer par la province?

M. Kutcher: Oui. Ils sont pleinement qualifiés et autorisés à pratiquer dans un grand nombre de domaines, en tant que généralistes ou spécialistes.

Le sénateur Phillips: Vous avez dit qu'on essayait de les faire pratiquer dans des régions géographiques désignées. Serait-ce pour une durée déterminée, ou seraient-ils confinés dans la même région pour le reste de leur carrière?

[Text]

Dr. Kutcher: As I understand it, the issuance of a billing number is not limited by time.

Senator Phillips: Would you have any objections to the province saying to certain physicians, "If you are going to practise in British Columbia, we will designate where you must practise for the first three or five years."

Dr. Kutcher: I think the issue you are raising here, and correct me if I am wrong, is one of medical manpower maldistribution. There is certainly a problem with medical manpower maldistribution. We feel there are a number of ways to tackle effectively the problem of medical manpower maldistribution. It is not simply a geographical problem, though the geographical problem is perhaps most apparent, especially in areas that are seriously under-served. Medical manpower maldistribution occurs geographically and by availability of specialties. As we all know specialists are in very short supply in some areas across the country.

We feel there are many alternative methods for improving medical manpower maldistribution both on a geographic basis and on a specialty basis to using the kind of principles such as those embodied in billing numbers. We feel that one can grant physicians the opportunity to practise within medicare and still address the issues of medical manpower maldistribution both on a geographic basis and on a specialty basis effectively. However, we do not feel that using one to deal with the problems of the other is an effective way of addressing the issues. For example, Ontario has an under-served areas program which is run by Dr. Copeman through the Ministry of Health. It has evolved some innovative ways to deal with the medical maldistribution problem and has had great success. Areas in which harsher measures have been used to deal with medical maldistribution have not seen the same success.

Senator Phillips: There is a small community near Ottawa which has an office and certain facilities provided by the Ontario Government. I recall reading recently that within the space of 18 months six different doctors went through that community. In fairness to the province, since it assisted greatly in the cost of medical education, does it not have some right in specifying that certain areas will be serviced by physicians?

Dr. Kutcher: It is very difficult to understand this issue by citing a specific example. There are ways that have not been adequately explored and the province could work together with the profession to improve maldistribution. I refer not only to the members of the profession currently in practice but those who are currently in training. For example, in our submission to the other house we referred to education and improving the exposure of medical students, interns and medical residents to practice outside the major urban areas of the country. We also indicated that in terms of the practice of medicine, what is most important may vary from individual to individual. Life-styles and concerns are very much an individual thing. However, there are some areas which we share as a group and I refer to those areas which are associated with the particular

[Traduction]

M. Kutcher: Lorsqu'un numéro de facturation est délivré, aucune limite de temps n'est présumée.

Le sénateur Phillips: Vous opposeriez-vous à ce que la province dise à certains médecins: «Si vous voulez pratiquer en Colombie-Britannique, nous vous dirons où vous devrez le faire pendant les trois ou cinq premières années.»

M. Kutcher: Je pense que la question que vous soulevez ici, et reprenez-moi si j'ai tort, est un problème de mauvaise répartition du corps médical. Un certain nombre de moyens permettraient de s'y attaquer efficacement. Il ne s'agit pas tout simplement d'un problème géographique quoique ce soit peut-être le plus apparent, surtout dans les régions où la pénurie de médecins est grave. Une mauvaise répartition se solde par un manque de médecins dans certaines régions et un manque de spécialistes. Comme nous le savons tous, il y a pénurie de spécialistes dans certaines régions du pays.

Il y aurait de nombreux moyens différents autres que les numéros de facturation de régler le problème de répartition qui se pose en termes de régions et de spécialistes. Nous pensons qu'il serait possible de permettre aux médecins de pratiquer à l'intérieur du régime tout en s'attaquant efficacement au problème de la mauvaise répartition en termes de régions ou de spécialistes. Toutefois, nous ne croyons pas qu'il soit logique d'autoriser certains médecins à pratiquer seulement dans certaines régions pour régler le problème. Par exemple, l'Ontario a un programme pour les régions où il y a pénurie de médecins qu'administre M. Copeman par l'entremise du ministère de la Santé. On a trouvé certains moyens innovateurs de s'attaquer au problème de la mauvaise répartition des médecins et on a connu beaucoup de succès. Les provinces dans lesquelles des mesures plus strictes ont été prises pour régler ce problème n'ont pas eu la main aussi heureuse.

Le sénateur Phillips: Une petite collectivité près d'Ottawa est équipée d'un bureau et d'installations fournis par le gouvernement de l'Ontario. Je me souviens avoir lu récemment qu'en l'espace de dix-huit mois, six médecins différents s'y sont succédés. Une province n'a-t-elle pas le droit en toute justice, étant donné qu'elle finance une bonne partie des frais d'études médicales, d'exiger que certaines régions soient desservies par des médecins?

M. Kutcher: Il est très difficile de comprendre cette question en citant un exemple précis. Certaines solutions n'ont pas été explorées à fond et la province pourrait collaborer avec le corps médical à l'amélioration de la situation. J'entends par corps médical non seulement les médecins praticiens, mais ceux qui font actuellement leurs études. Par exemple, nous parlons dans le mémoire que nous avons présenté à l'autre endroit, de l'éducation et des moyens d'amener les étudiants en médecine, les internes et les résidents à pratiquer à l'extérieur des grands centres urbains. Nous y disons également que tous les médecins ne recherchaient pas nécessairement les mêmes choses. Le style de vie est fonction de la personnalité de chacun. Toutefois, nous avons en tant que groupe des intérêts communs qui sont associés au type de médecine que nous pratiquons—par exemple, la possibilité de consulter différents spécialistes

[Text]

medicine we practise—for example, the ability to consult different specialists when problems are acute, the ability to continue with our medical education once we finish our training, the ability to keep up to date and the ability to have appropriate time away from the practice to deal with burn-out. These are issues which I think can be addressed, and in some jurisdictions have been addressed successfully. Addressing these problems successfully across the board would go a long way to dealing with the maldistribution problem.

Senator Haidasz: I remember that as an intern in 1951 I received \$50 per month plus room and board. I have been enlightened by this presentation today. You stated that Ontario has come up with some innovative ideas on how to provide care to people in under-served areas. I believe the program headed by Dr. Copeman has been going on for approximately 10 years, yet there are still under-served areas in Ontario. What other innovative programs could the Ministry of Health for Ontario introduce to solve this problem?

Dr. Kutcher: I would like to address that issue squarely, if I might be allowed to digress for a moment and share with you an anecdote with respect to the \$50 issue. When I left post-graduate work and decided to enter medical school my father-in-law, who is a Toronto physician, was quite thrilled to have someone in the family finally decide to enter medicine. When I became an intern he teased me to no end with respect to how much money I made as an intern, which at that time was about \$9,000 a year. He kept the teasing up until he found out that his grandson qualified for a full welfare subsidy in day-care as a result of his doctor/father's salary. Thus, I think we have come a long way; we are happy with our progress. We are not that concerned with respect to those issues. What we are concerning ourselves with are more particularly the issues which have been raised today.

Other areas in which we have discussed improving maldistribution problems include the development of satellite medical schools, university clinics in outlying areas and community clinic experience for medical students and post-graduate trainees to improve their exposure to areas in which they may like to locate. These areas have not yet been developed fully.

Other areas which have recently been considered, and which have not been fully developed, are those areas which I mentioned previously, such as the area of new technologies which we now have at our disposal. For example, we have the ability to have a cardiogram read quickly by a specialist cardiologist in a tertiary care centre when faced with a difficult patient problem in an outlying area. I think, with encouragement, these types of services with respect to the maldistribution problem can be improved.

Dr. Barbara Kane, Member, Executive Committee, Ontario Branch, the Canadian Association of Interns and Residents and La Fédération des médecins résidents et internes du Québec: Mr. Chairman, may I add something to Dr. Kutcher's last

[Traduction]

lorsqu'un problème grave se pose, de continuer à nous perfectionner lorsque nous avons terminé nos études, de nous tenir au courant des progrès réalisés et d'avoir suffisamment de temps à nous pour récupérer. Ce sont là des questions auxquelles il faut penser et on a réussi à en tenir compte dans certaines régions. Si on réglait ces problèmes, la répartition n'en présenterait presque plus aucun.

Le sénateur Haidasz: Je me souviens que je touchais en tant qu'interne en 1951 la somme de \$50 par mois en plus d'être logé et nourri. Les témoignages d'aujourd'hui m'ont beaucoup appris. Vous avez dit que l'Ontario avait lancé des idées nouvelles sur la façon d'assurer des soins aux gens dans les régions où il y a pénurie de services. Je crois que le programme dirigé par M. Copeman dure depuis environ 10 ans et que la pénurie persiste pourtant dans certaines régions de l'Ontario. Quels autres programmes innovateurs le ministre de la Santé de l'Ontario pourrait-il mettre sur pied pour régler ce problème?

M. Kutcher: Je voudrais répondre carrément à cette question, mais si vous me permettez une petite digression, je vous raconterai une anecdote au sujet de ces 50 \$. Quand j'ai fini mes études supérieures et me suis inscrit à la faculté de médecine, mon beau-père, qui est médecin à Toronto, était on ne peut plus content d'apprendre que quelqu'un dans la famille allait enfin se lancer en médecine. Quand je suis devenu interne, il n'a pas cessé de me taquiner au sujet de la rémunération que j'allais toucher, qui était à cette époque d'environ 9 000 \$ par an, jusqu'au jour où il a appris que son petit-fils avait droit à une place entièrement subventionnée dans une garderie en raison du salaire que gagnait son papa/médecin. Nous avons donc fait beaucoup de progrès, et nous en sommes très satisfaits. Nous n'avons pas tellement d'inquiétudes de ce côté-là. Ce qui nous préoccupe plus particulièrement, ce sont les questions soulevées aujourd'hui.

Pour remédier au problème de répartition, nous avons notamment discuté de la possibilité de mettre sur pied des écoles de médecine hors campus, des cliniques pour malades ambulatoires dans les régions éloignées et des cliniques communautaires qui permettraient aux étudiants et aux diplômés en médecine d'acquérir de l'expérience dans des régions où ils voudraient peut-être s'installer plus tard. Il reste encore beaucoup à faire à ce sujet.

Les autres domaines auxquels nous nous sommes intéressés, sans pour autant les avoir approfondis parfaitement, sont ceux que j'ai déjà mentionnés, comme la question des nouvelles techniques que nous avons maintenant à notre disposition. Ainsi, il est maintenant possible, lorsqu'on rencontre un cas difficile en région éloignée, de faire lire le cardiogramme par un cardiologue dans un centre de soins spécialisés. Or, je crois que, sous réserve des encouragements nécessaires, les services de ce genre peuvent être améliorés de manière à remédier au problème de la répartition.

Mme Barbara Kane, membre du bureau de la section ontarienne de la Canadian Association of Interns and Residents et membre de la Fédération des médecins résidents et internes du Québec: Monsieur le président, puis-je ajouter quelque chose à

[Text]

remark? There are a great many things happening in the area of new technologies. For example, there are telecommunication systems now in place connecting a number of teaching centres. I know this is going on in Ontario and in Newfoundland. In these areas, as Dr. Kutcher said, cardiograms may be transmitted from an outlying hospital to a tertiary care hospital over telephone lines. X-rays can also be transmitted. Weekly rounds can be conducted where people in outlying areas can attend. So there is good backup provided, which is important. One of the reasons people do not wish to locate in the outlying areas is because of the fear that they will not receive the kind of backup they might need. Something which has been solved in the last ten years in Ontario is the problem of getting doctors into under-serviced areas. On the whole, I think most of the unserved areas do receive a doctor on a regular basis. So that major problem has been solved. I think Senator Phillips raised the problem which faces the unserved area program, that is, getting doctors to stay. Doctors will go for certain periods of time but there is a great deal of turnover in some of the areas. We still have a long way to go in this regard but I think gains have been made.

Senator Haidasz: My second question is with respect to the issue of exclusion. In view of the fact that your association has provided only one amendment and an extra paragraph to clause 12 does this mean that you are in full agreement with the other clauses of the bill?

Dr. Kutcher: In my opening remarks I said that we support the bill. If there are other clauses about which you would like to ask specific questions, I would be pleased to respond.

Senator Haidasz: I come back then to my questioning of a previous witness from the CMA with respect to the reasonable compensation, plus negotiations and arbitration with provincial health ministers for adequate compensation for doctors.

Dr. Kutcher: Perhaps I can share my personal viewpoint. As a physician, I have no difficulty with independent arbitration as a reasonable method for dealing with disputes. Personally, I have no difficulty with working and billing within a medicare system. Our organization takes the same position.

As president of the Professional Association of Interns and Residents of Ontario, and as vice-president of that organization, I was involved in the process which lead our organization to the Canadian independent compulsory binding arbitration method of resolving contractual disputes in Ontario. That model has served for house staff organizations across the country. It is a policy of our organization that it is an appropriate model for house staff physicians to use.

[Traduction]

la dernière remarque de M. Kutcher? Les nouvelles techniques donnent déjà de nombreux résultats. Ainsi, il existe maintenant des systèmes de télécommunication qui relient plusieurs centres d'enseignement, notamment en Ontario et à Terre-Neuve. De cette façon, comme l'a dit M. Kutcher, il est possible de transmettre par lignes téléphoniques des cardiogrammes, ou encore des radiographies, entre un hôpital en région éloignée et un hôpital de soins spécialisés. On peut alors effectuer des tournées hebdomadaires à l'intention des malades des régions éloignées. Ainsi, les médecins de ces régions peuvent compter sur les appuis dont ils ont besoin. Or, si les médecins refusent d'aller s'installer dans des centres isolés, c'est en partie parce qu'ils craignent de ne pouvoir y recevoir le soutien nécessaire. En Ontario, on a réussi au cours des dix dernières années à trouver une solution au problème de la pénurie de médecins dans les régions éloignées. Si je ne m'abuse, la plupart de ces régions reçoivent la visite d'un médecin à intervalles réguliers. C'est donc un problème majeur qui a été réglé. Je crois que le sénateur Phillips a soulevé le problème auquel se heurte le programme des régions non desservies, à savoir d'obtenir que les médecins s'y installent de façon plus ou moins permanente. Ces derniers acceptent de se rendre dans ces régions pour un certain temps, mais le taux de roulement y est parfois très élevé. Nous avons encore beaucoup de chemin à faire à cet égard, mais je crois que nous avons réalisé des progrès.

Le sénateur Haidasz: Mon autre question porte sur l'exclusion. Étant donné que votre Association n'a proposé qu'un seul amendement ainsi que l'ajout d'un paragraphe à l'article 12, doit-on comprendre par là que vous êtes entièrement d'accord avec les autres articles du projet de loi?

M. Kutcher: Dans mon exposé préliminaire j'ai dit que nous étions en faveur du projet de loi. S'il y a d'autres articles au sujet desquels vous voudriez me poser des questions précises, je me ferai un plaisir d'y répondre.

Le sénateur Haidasz: Je reviens donc au sujet que j'ai abordé avec un témoin précédent, de l'Association médicale canadienne, à savoir la question de la rémunération adéquate des médecins, ainsi que le processus de négociation ou d'arbitrage avec les ministres provinciaux de la Santé.

M. Kutcher: Je pourrais peut-être vous faire part de mon opinion personnelle. En tant que médecin, je considère l'arbitrage par un tiers indépendant comme une formule raisonnable pour régler les différends. Pour ma part, je n'ai aucune objection à exercer ma profession et à facturer mes patients dans le cadre du régime d'assurance-maladie. C'est d'ailleurs le parti que retient notre association.

J'ai eu l'occasion, en tant que président de la Professional Association of Interns and Residents of Ontario et en tant que vice-président de cette association, de prendre part au processus qui a amené notre Association à opter pour l'arbitrage exécutoire et obligatoire par un tiers indépendant comme façon de régler les conflits contractuels en Ontario. C'est la formule dont se sont inspirées les associations de résidents et d'internes de tout le pays. Notre Association est d'avis que cette formule convient aux médecins rattachés à un hôpital.

[Text]

Le sénateur Rousseau: Monsieur le président, j'ai une courte question. Est-ce que votre groupe a pensé à desservir les régions périphériques dont les citoyens doivent recevoir les soins adéquats pour maintenir leur santé? Votre groupe a-t-il pensé, encore une fois, de proposer des mesures concrètes, sans l'intervention de l'État, qui ne tiendrait pas compte de la mobilité des médecins? Je parle en tant que groupe, là.

Dr. Kutcher: I am sorry, could I ask the Senator to repeat the first part of her question? By the time I figured out how to work the simultaneous translation button I missed the first part of her question.

Le sénateur Rousseau: Est-ce que votre groupe a pensé à des mesures concrètes pour donner des services adéquats aux malades dans des régions périphériques, sans l'intervention de l'État dans la mobilité des médecins?

Dr. Kutcher: One of the areas in which we have been leaders in the Canadian medical community has been that of trying to interest various government and medical groups to conduct national medical manpower studies. In fact, our organization has been instrumental in forming just such a group which is currently attempting to establish a comprehensive medical training manpower databank. We have maintained that within the medical training system there should be a relationship between the number of physicians trained and the type of physicians trained and actual manpower needs in Canada. Currently, a group composed of the Association of Canadian Medical Colleges, the Canadian Medical Association and our group is commencing a study of the problem.

Mr. McDonald: Senator Rousseau, I would like to point out that consideration of the question of the right of a doctor to participate in medicare solely as a question of solving a perceived or purported distribution problem within the medical profession is somewhat narrow in my opinion. For instance, in British Columbia there is no guarantee that a person licensed to practise medicine in that province will receive a billing number anywhere within the province.

It is not that they are trying to get doctors in a certain area. We have examples of doctors who are qualified and who apply for practices in areas in the province which could hardly be considered to be over-served, and those doctors are not being granted a billing number.

What is going on in the province of British Columbia is very close to the physicians in a particular area being given the right to determine how many doctors are sufficient for the particular area. Those doctors determine whether the area is over-served or under-served and whether more doctors should be permitted to enter into the practice of medicine in that particular area.

So, I would respectfully submit that it is a much larger issue than trying to get doctors to go into under-served areas; it is a much more fundamental intrusion into the rights of a physician.

[Traduction]

Senator Rousseau: Mr. Chairman, I have a short question. Has your group thought about service for outlying regions whose residents must receive adequate care to maintain their health? Has your group thought of proposing concrete measures, without intervention by the state, which would regulate doctor mobility? I'm speaking of the group here.

M. Kutcher: Je vous demande pardon, pourrais-je demander au sénateur de répéter la première partie de sa question? Quand j'ai fini par comprendre comment fonctionnait le bouton pour la traduction simultanée, j'avais déjà manqué le début de sa question.

Senator Rousseau: Has your group thought of any concrete measures for providing adequate services to patients in outlying regions, without the state intervening to regulate doctor mobility?

M. Kutcher: Une des initiatives qui nous met à l'avant-garde de la communauté médicale canadienne est celle qui nous a amenés à tenter de convaincre les divers niveaux de gouvernement et associations médicales d'effectuer des études à l'échelle nationale sur la main-d'œuvre médicale. De fait, notre Association a joué un rôle important dans la création d'un groupe spécialement mandaté à cette fin et qui monte actuellement une banque de données complète sur la formation et la main-d'œuvre médicale. A notre avis, la formation des médecins devrait tenir compte du rapport entre le nombre de médecins formés et leur spécialité et les besoins du Canada. A l'heure actuelle, un groupe composé de l'Association des facultés de médecine du Canada, de l'Association médicale canadienne et de notre Association entreprend une étude du problème.

M. McDonald: Sénateur Rousseau, je tiens à signaler que le fait de considérer la question du droit d'un médecin de participer au régime d'assurance-santé uniquement comme moyen de résoudre un supposé ou prétendu problème de répartition au sein de la profession médicale, témoigne à mon avis d'une certaine étroitesse d'esprit. En Colombie-Britannique, par exemple, celui qui détient une licence pour y exercer la profession de médecin n'est aucunement assuré de se voir attribuer un numéro de facturation où que ce soit dans la province.

Ce n'est pas parce que la province essaie d'obtenir que les médecins aillent s'installer dans un certain endroit. Car, il y a des médecins qualifiés qui ont présenté une demande en vue d'exercer leur profession dans des régions de la province qui ne peuvent guère être considérées comme trop bien servies, et ceux-ci se voient néanmoins refuser un numéro de facturation.

D'après ce qui se passe en Colombie-Britannique, il semble qu'on soit pratiquement rendu au point où ce sont les médecins d'une région donnée qui décident du nombre de médecins dont la région a besoin. Ce sont eux qui déterminent s'il y a un surplus ou un manque de médecins et si l'on doit permettre à d'autres médecins de venir exercer leur profession dans la région.

Ainsi, je vous signale respectueusement qu'il s'agit d'une question beaucoup plus vaste que le simple fait d'obtenir que les médecins s'installent dans les régions où il y a pénurie de

[Text]

The Chairman: Thank you, Mr. McDonald. Since it is now almost 6 o'clock, I intend to adjourn the meeting. Before doing so, I should like to remind the members of the committee that there is a meeting of the steering committee at 12.30 p.m. tomorrow and that the full committee will meet at 1.45 p.m. in room 250 of the East Block. Another meeting will be held at 8 p.m. in this room.

I should like to take this opportunity to thank the representatives from the Canadian Association of Interns and Residents for their appearance before the committee today. As you are aware, the bill itself is not before this committee yet, but we are conducting a pre-study of the subject matter. The bill will be referred to the committee in the not too distant future, but I cannot see this legislation being passed before April 1. As I said, this is simply a pre-study of the legislation and when the bill is referred to us by the Senate it will be studied further.

Again, I thank you for your appearance before the committee.

The meeting stands adjourned.

The committee adjourned.

[Traduction]

médecins; il s'agit véritablement d'une atteinte aux droits des médecins.

Le président: Merci, monsieur MacDonald. Comme il est maintenant presque 18 heures, j'ai l'intention de lever la séance, mais je tiens d'abord à rappeler aux membres du Comité qu'il y aura réunion du comité d'organisation à 12 h 30 demain et que le Comité se réunira en séance plénière à 13 h 45, dans la pièce 250 de l'Edifice de l'Est. Nous nous réunirons à nouveau à 20 heures dans cette même pièce.

Je voudrais profiter de l'occasion pour remercier les représentants de la *Canadian Association of Interns and Residents* d'avoir bien voulu comparaître devant nous aujourd'hui. Comme vous le savez peut-être, le Comité n'a pas encore été saisi du projet de loi, mais nous en faisons une étude préliminaire. Le projet de loi nous sera renvoyé dans un avenir assez rapproché, mais je ne vois pas comment il pourra être adopté avant le 1^{er} avril. Je le répète, nous faisons simplement une étude préliminaire du projet de loi, et nous l'examinerons plus en détail quand il nous aura été renvoyé par le Sénat.

Encore une fois, je vous remercie d'avoir comparu devant le Comité.

La séance est levée.

Le Comité suspend ses travaux.



If undelivered, return COVER ONLY to:
Canadian Government Publishing Centre,
Supply and Services Canada,
Ottawa, Canada, K1A 0S9

En cas de non-livraison,
retourner cette COUVERTURE SEULEMENT à:
Centre d'édition du gouvernement du Canada,
Approvisionnement et Services Canada,
Ottawa, Canada, K1A 0S9

WITNESSES—TÉMOINS

From the Canadian Medical Association:

Dr. Everett Coffin, president;
Dr. Orville Adams;
Mr. B. E. Freamo, Secretary General;
Mr. D. A. Geekie, Director of Communications.

De l'Association médicale canadienne:

M. Everett Coffin, président;
M. Orville Adams;
M. B. E. Freamo, secrétaire général;
M. D. A. Geekie, directeur, Communications.

From the Canadian Association of Interns and Residents and "La Fédération des médecins résidents et internes du Québec":

Dr. Stanley Kutcher, Member, Executive Committee,
Ontario Branch;
Dr. Barbara Kane, Member, Executive Committee, Ontario
Branch;
Mr. James McDonald, Legal counsel.

De la «Canadian Association of Interns and Residents» et de la Fédération des médecins résidents et internes du Québec:

M. Stanley Kutcher, membre, Comité exécutif, section de
l'Ontario;
M^{me} Barbara Kane, membre, Comité exécutif, section de
l'Ontario;
M. James McDonald, conseiller juridique.

A1
/C26
S51



Second Session
Thirty-second Parliament, 1983-84

Deuxième session de la
trente-deuxième législature, 1983-1984

SENATE OF CANADA

SÉNAT DU CANADA

*Proceedings of the Standing
Senate Committee on*

*Délibérations du comité
sénatorial permanent des*

Social Affairs, Science and Technology

Affaires sociales, des sciences et de la technologie

Chairman:
The Honourable M. LORNE BONNELL

Président:
L'honorable M. LORNE BONNELL

Wednesday, March 28, 1984

Le mercredi 28 mars 1984

Issue No. 3

Fascicule n° 3

Third proceedings on:

Troisième fascicule concernant:

The subject-matter of Bill C-3: "An Act relating to cash contributions by Canada in respect of insured health services provided under provincial health care insurance plans and amounts payable by Canada in respect of extended health care services and to amend and repeal certain Acts in consequence thereof"

La teneur du Projet de loi C-3: «Loi concernant les contributions pécuniaires du Canada aux services de santé assurés pris en charge par les régimes provinciaux d'assurance-santé et les montants payables par le Canada pour les programmes de services complémentaires de santé, et modifiant certaines lois en conséquence»

WITNESSES:

(See back cover)

TÉMOINS:

(Voir à l'endos)



THE STANDING SENATE COMMITTEE ON
SOCIAL AFFAIRS, SCIENCE AND TECHNOLOGY

The Honourable M. Lorne Bonnell, *Chairman*
The Honourable Orville H. Phillips, *Deputy Chairman*

The Honourable Senators:

Bielish	Marshall
Bonnell	McGrand
Cottreau	*Olson
*Flynn	Phillips
Haidasz	Rousseau
Hébert	Tremblay
Inman	Wood

**Ex Officio Members*

(Quorum 5)

COMITÉ SÉNATORIAL PERMANENT DES
AFFAIRES SOCIALES, DES SCIENCES ET DE LA
TECHNOLOGIE

Président: L'honorable M. Lorne Bonnell
Vice-président: L'honorable Orville H. Phillips

Les honorables sénateurs:

Bielish	Marshall
Bonnell	McGrand
Cottreau	*Olson
*Flynn	Phillips
Haidasz	Rousseau
Hébert	Tremblay
Inman	Wood

**Membres d'office*

(Quorum 5)

Le greffier du Comité

Erika Bruce

Clerk of the Committee

ORDER OF REFERENCE

Extract from the Minutes of Proceedings of the Senate, Tuesday, March 20, 1984:

“The Order being read,

With leave of the Senate,

The Honourable Senator Bonnell resumed the debate on the motion of the Honourable Senator Frith, seconded by the Honourable Senator Langlois:

That the Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology be authorized to examine the subject-matter of the Bill C-3, intituled: “An Act relating to cash contributions by Canada in respect of insured health services provided under provincial health care insurance plans and amounts payable by Canada in respect of extended health care services and to amend and repeal certain Acts in consequence thereof”, in advance of the said Bill coming before the Senate, or any matter relating thereto;

That the Committee have power to adjourn from place to place within Canada; and

That the Committee be authorized to engage the services of such counsel and technical, clerical and other personnel as may be required for the said examination.

After debate,

In amendment, the Honourable Senator Bonnell moved, seconded by the Honourable Senator Giguère, that the motion be amended by deleting the second paragraph thereof.

After debate, and—

The question being put on the motion in amendment, it was—

Resolved in the affirmative.

The question being put on the motion as amended, it was—

Resolved in the affirmative.”

ORDRE DE RENVOI

Extrait des Procès-verbaux du Sénat du mardi 20 mars 1984:

«A la lecture de l'ordre adopté,

Avec la permission du Sénat,

L'honorable sénateur Bonnell reprend le débat sur la motion de l'honorable sénateur Frith, appuyé par l'honorable sénateur Langlois,

Que le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie soit autorisé à étudier la teneur du Projet de loi C-3, intitulé: «Loi concernant les contributions pécuniaires du Canada aux services de santé assurés pris en charge par les régimes provinciaux d'assurance-santé et les montants payables par le Canada pour les programmes de services complémentaires de santé, et modifiant certaines lois en conséquence», avant que ce projet de loi ou les questions s'y rattachant ne soient soumis au Sénat;

Que le Comité soit autorisé à voyager où que ce soit au Canada;

Que le Comité soit autorisé à retenir les services des conseillers et du personnel technique, de bureau et autre dont il pourra avoir besoin aux fins de son enquête.

Après débat,

En amendement, l'honorable sénateur Bonnell propose, appuyé par l'honorable sénateur Giguère, que l'on modifie la motion en retranchant le deuxième paragraphe.

Après débat,

La motion d'amendement, mise aux voix, est adoptée.

La motion, telle que modifiée, mise aux voix, est adoptée.»

Le greffier du Sénat

Charles A. Lussier

Clerk of the Senate

MINUTES OF PROCEEDINGS

WEDNESDAY, MARCH 28, 1984

(6)

[Text]

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met this day, at 1:56 p.m., the Chairman, the Honourable Senator Bonnell, presiding.

Members of the Committee present: The Honourable Senators Bonnell, Haidasz, Marshall, McGrand, Phillips, Rousseau and Wood. (7)

Other Senator present: Honourable Senator Stewart.

In attendance: Ms. Mildred J. Morton, Research Associate, Library of Parliament.

Witnesses:

The Honourable Laurent Desjardins, Minister of Health, Government of Manitoba;

Mrs. Arlene Wortsman, Coordinator, Policy Coordination Group, Government of Manitoba.

Dr. Roderick D. Fraser, Professor of Economics, Queen's University.

The Committee proceeded to examine and consider the subject-matter of Bill C-3 intitled: "An Act relating to cash contributions by Canada in respect of insured health services provided under provincial health care insurance plans and amounts payable by Canada in respect of extended health care services and to amend and repeal certain Acts in consequence thereof."

The witnesses made statements and answered questions.

On motion of Senator Haidasz, it was agreed—THAT the document intitled "Federal Transfers as a Proportion of Provincial Health Expenditures" be printed as Appendix "A".

At 3:43 p.m., the Committee adjourned until 8:00 p.m.

EVENING SITTING

(7)

At 8:06 p.m. the Committee resumed.

Members of the Committee present: The Honourable Senators Bonnell, Haidasz, McGrand and Rousseau. (4)

Other Senator present: Honourable Senator Stewart.

In attendance: Ms. Mildred J. Morton, Research Associate, Library of Parliament.

Witnesses:

From the Medical Society of Nova Scotia:

Dr. R. D. Saxon, President;

Mr. A. R. Blom, Director of Communications.

From the Canadian Hospital Association:

Mr. Jean-Claude Martin, President;

PROCÈS-VERBAL

LE MERCREDI 28 MARS 1984

(6)

[Traduction]

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit aujourd'hui à 13 h 56, sous la présidence de l'honorable sénateur Bonnell (président).

Membres du Comité présents: Les honorables sénateurs Bonnell, Haidasz, Marshall, McGrand, Phillips, Rousseau et Wood. (7)

Autre sénateur présent: L'honorable sénateur Stewart.

Également présente: M^{me} Mildred J. Morton, attachée de recherche, Bibliothèque du Parlement.

Témoins:

L'honorable Laurent Desjardins, ministre de la Santé, Gouvernement du Manitoba;

M^{me} Arlene Wortsman, coordonnatrice, Groupe de la coordination des politiques, Gouvernement du Manitoba.

M. Roderick D. Fraser, professeur en sciences économiques, Université Queen's.

Le Comité entreprend l'examen de la teneur du projet de loi C-3, «Loi concernant les contributions pécuniaires du Canada aux services de santé assurés pris en charge par les régimes provinciaux d'assurance-santé et les montants payables par le Canada pour les programmes de services complémentaires de santé, et modifiant certaines lois en conséquence»,

Les témoins présentent leurs exposés et répondent aux questions.

Sur motion du sénateur Haidasz, il est décidé—QUE le document intitulé «Transferts fédéraux en tant que pourcentage des dépenses provinciales en matière de santé» soit imprimé comme Appendice «A».

A 15 h 43, le Comité suspend ses travaux jusqu'à 20 heures.

SÉANCE DU SOIR

(7)

Le Comité reprend ses travaux à 20 h 06.

Membres du Comité présents: Les honorables sénateurs Bonnell, Haidasz, McGrand et Rousseau. (4)

Autre sénateur présent: L'honorable sénateur Stewart.

Également présente: M^{me} Mildred J. Morton, attachée de recherche, Bibliothèque du Parlement.

Témoins:

De la Medical Society of Nova Scotia:

M. R. D. Saxon, président;

M. A. R. Blom, directeur des Communications.

De l'Association des hôpitaux canadiens:

M. Jean-Claude Martin, président;

Mr. Gustave Gingras, Chairman;

Ms. Claire Labrèche, past Chairman.

The witnesses made statements and answered questions.

At 9:31 p.m., the Committee adjourned to the call of the Chair.

ATTEST:

M. Gustave Gingras, président du Conseil;

M^{me} Claire Labrèche, ancienne présidente du Conseil.

Les témoins présentent leurs exposés et répondent aux questions.

A 21 h 31, le Comité ajourne ses travaux jusqu'à nouvelle convocation du président.

ATTESTÉ:

Le greffier du Comité

Erika Bruce

Clerk of the Committee

EVIDENCE

Ottawa, Wednesday, March 28, 1984

[Text]

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology, met this day at 1.45 p.m. to consider the subject-matter of Bill C-3, relating to cash contributions by Canada in respect of insured health services provided under provincial health care insurance plans and amounts payable by Canada in respect of extended health care services and to amend and repeal certain Acts in consequence thereof.

Senator M. Lorne Bonnell (*Chairman*) in the Chair.

The Chairman: Honourable senators, we are continuing our study of Bill C-3, consequent upon a reference of the Senate of March 20, 1984;

That the Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology be authorized to examine the subject matter of Bill C-3, intituled: "an act relating to cash contributions by Canada in respect of insured health services provided under provincial health care insurance plans and amounts payable by Canada in respect of extended health care services and to amend and repeal certain Acts in consequence thereof," in advance of the said Bill coming before the Senate, or any matters relating thereto;

Today we have with us the Honourable Laurent Desjardins, Minister of Health, Government of Manitoba. He has a statement he would like to make. Perhaps before he starts his statement he would introduce his colleague. He tells me that after he has finished his statement he is prepared to answer any questions honourable senators might have for him.

Honourable Laurent Desjardins, Minister of Health, Government of Manitoba: Thank you very much, Mr. Chairman. I would like to introduce Mrs. Arlene Wortsman who is a member of our staff. She is accompanying me and assisting me here this afternoon.

Honourable senators, I came here today to present the viewpoint of the Government of Manitoba on Bill C-3, particularly on clause 12, which we have been told has been amended in committee. Unfortunately, I received a copy of the final wording of the amendment just minutes ago. I have had an opportunity to discuss the amendment briefly with the Minister of National Health and Welfare, Mme Bégin, and my colleague the health critic for the NDP, Mr. Blaikie. Their interpretation of the effect of this clause is completely different from ours, and, as we understand it, different from that of all the provinces. There has been an exchange of views with the provinces, and I understand they will probably appear before this committee. My officials and I have a different interpretation of the meaning of the bill, and I hope this committee will help clarify the meaning of this clause.

I think the best course is for me to proceed with the brief I have prepared. If we are wrong, I shall be very happy to have an explanation. However, we still do not follow how we could

TÉMOIGNAGES

Ottawa, le mercredi 28 mars 1984

[Translation]

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit aujourd'hui à 13 h 45 pour étudier la teneur du projet de loi C-3, Loi concernant les contributions pécuniaires du Canada aux services de santé assurés pris en charge par les régimes provinciaux d'assurance-santé et montants payables par le Canada pour les programmes de services complémentaires de santé, et modifiant certaines lois en conséquence.

Le sénateur M. Lorne Bonnell (*président*), occupe le fauteuil.

Le président: Honorables sénateurs, nous poursuivons notre étude du projet de loi C-3, conformément à l'ordre de renvoi du Sénat du 20 mars 1984;

voulant que le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie soit autorisé à étudier la teneur du projet de loi C-3, intitulé «Loi concernant les contributions pécuniaires du Canada aux services de santé assurés pris en charge par les régimes provinciaux d'assurance-santé et les montants payables par le Canada pour les programmes de services complémentaires de santé, et modifiant certaines lois en conséquence», avant que ce projet de loi ou les questions s'y rattachant ne soient soumis au Sénat.

Nous avons comme témoin aujourd'hui M. Laurent Desjardins, ministre de la Santé du Manitoba. Nous lui demandons, avant de nous faire sa déclaration, de bien vouloir nous présenter son invitée. Il m'a indiqué qu'il serait disposé, après avoir parlé, à répondre aux questions que les honorables sénateurs aimeraient lui poser.

M. Laurent Desjardins, ministre de la santé, gouvernement du Manitoba: Merci beaucoup, monsieur le président. Permettez-moi de vous présenter Mlle Arlene Worstman, membre de notre personnel, qui m'accompagne et me seconde ici cet après-midi.

Honorables sénateurs, je suis venu ici aujourd'hui présenter le point de vue du gouvernement du Manitoba sur le projet de loi C-3, et plus spécialement sur l'article 12 de ce projet qui, nous dit-on, a été amendé en Comité. Je n'ai malheureusement reçu le nouveau libellé de cette modification qu'il y a quelques minutes. Je n'ai pu en discuter que brièvement avec M^{me} Bégin, ministre de la Santé nationale et du Bien-être social, et avec mon collègue M. Blaikie, porte-parole du NPD en matière de santé. Leur interprétation des effets de cet article diffère complètement de la nôtre et, à ce que nous comprenons, de celle de toutes les autres provinces. Nous avons eu un échange de vues avec celles-ci et je crois savoir qu'elles comparaitront probablement aussi devant votre Comité. Mes fonctionnaires et moi-même avons une interprétation différente de ce projet et j'espère que votre Comité nous aidera à éclaircir le sens de cet article.

La meilleure façon de procéder, me semble-t-il, est de vous présenter d'abord mon mémoire. Si nous nous trompons, je

[Text]

understand an act in different ways like that, with reference to clause 12(2). I would implore the members of this committee to make sure that my interpretation is wrong, and, if so, to assure us that the correct interpretation is the one that has been given to us by members of the house and, especially, the Minister of National Health and Welfare.

Honorable senators, je tiens à vous remercier de m'avoir donné l'occasion de participer aux audiences de votre comité.

Vous êtes sans doute au courant qu'il y a un mois, j'avais l'intention de faire une présentation, au nom du gouvernement du Manitoba, à vos collègues parlementaires qui siègent sur le comité permanent de la santé, du bien-être social et des affaires sociales de la Chambre des communes.

Malheureusement, à cause de la situation à la législature manitobaine à ce temps-là, il me fût impossible de me rendre à Ottawa pour ainsi faire cette présentation.

Permettez-moi de mettre à votre disposition des copies de cette même soumission et de souligner brièvement ses conclusions et ce, avant de passer au message essentiel de ma présentation d'aujourd'hui.

Notre gouvernement a immanquablement appuyé avec ferveur toutes mesures utiles à préserver et même renforcer notre système de «Medicare».

Quand le projet de loi dont il est actuellement question fût présenté, il était très clair que nous supportions les principes énoncés dans ce projet, même si nous avions quelques inquiétudes par rapport à certains détails.

En même temps, nous avons souligné que ce projet n'était qu'un premier pas et que d'autres énergies devraient être dépensées afin de bien préserver «Medicare».

Notre plus grand souci à ce temps-là, souci qui demeure intact aujourd'hui, est que le gouvernement fédéral ne contribue pas sa juste part envers le coût total de services de la santé publique au Manitoba, ainsi qu'ailleurs à travers le pays.

Notre soumission proposait le retour au système d'antan, soit un système qui verrait un partage des coûts rattachés aux services de la santé qui serait flexible, qui verrait une contribution d'au moins 50 p. 100 de la part du gouvernement fédéral. Cette même contribution pourrait dépasser ce pourcentage pour ce qui est des provinces désavantagées au niveau des ressources budgétaires.

The facts indicate that the federal share of total health expenditures in Manitoba has declined sharply, from slightly over 50 per cent in 1979 to under 40 per cent today. We stated that we felt financing issues must be addressed at the earliest opportunity, and that such discussions should take place in tandem with discussions of program priorities and new policy directions at the national level.

Our submission concluded with this statement:

Medicare has been an outstanding, and perhaps the outstanding, example of federal-provincial co-operation in recent Canadian history.

[Traduction]

serais très heureux qu'on m'explique pourquoi. Nous n'arrivons cependant pas à saisir comment le paragraphe 12(2) peut donner lieu à des interprétations aussi diverses. Je supplie donc les membres du Comité d'examiner si mon interprétation est vraiment erronée et dans l'affirmative de me donner l'assurance que l'interprétation juste est celle qui nous a été fournie par des députés et particulièrement par la ministre de la Santé nationale et du Bien-être social.

Honourable Senators, I want to thank you for giving me the opportunity to take part in the hearings held by your Committee.

Your are no doubt aware that a month ago I intended to make a presentation on behalf of the government of Manitoba to your parliamentary colleagues on the House of Commons Standing Committee on Health and Social Affairs.

Unfortunately, because of the situation in the Manitoba legislature at that time, it was impossible for me to come to Ottawa to make my presentation.

If I may I would like to give you copies of the submission I had prepared for the House Committee and to go over its conclusions briefly before turning to the heart of my message today.

Our government has unquestionably been a staunch supporter of all measures likely to preserve and even strengthen our Medicare system.

When the Bill now before you was introduced, it was very clear that we supported the principles set forth in it, even if we had certain reservations about some of the details.

At the same time, we pointed out that the Bill was only a first step and that other forces would have to be galvanized to preserve Medicare.

Our greatest concern at that time, a concern we still feel, was that the federal government is not contributing its fair share to the total cost of public health-care services in Manitoba, and throughout Canada.

Our submissions proposes a return to the old system, where the sharing of health-care costs would be flexible, with a federal government contribution of at least 50 per cent. The federal contribution could exceed this percentage in the case of provinces with fewer budgetary resources.

On a établi, chiffres à l'appui, que la part des dépenses fédérales totales de santé au Manitoba a beaucoup diminué, passant d'un peu plus de 50 p. 100 en 1979 à moins de 40 p. 100 aujourd'hui. Nous avons déclaré qu'à notre avis les questions financières devraient être étudiées à la première occasion, parallèlement aux discussions touchant les priorités des programmes et les nouvelles orientations de politique à l'échelle nationale.

En conclusion de notre mémoire nous déclarons:

Le régime d'assurance-santé a été un exemple remarquable, voire le plus remarquable, de coopération fédérale-provinciale dans l'histoire récente du Canada.

[Text]

Its further development and improvement, and indeed its survival, will depend on the continuation of that co-operation and the acceptance by all the partners of their responsibilities for working together and contributing fairly toward meeting the challenges now facing the health care system across the country.

That statement and our basic position still stand today.

I turn now to developments since late February. After the house committee concluded its hearings, the Minister of National Health and Welfare proposed a series of amendments to the bill. We believe some of those amendments improve the legislation, but we question others. I will outline some of the problems we see with those amendments and with certain of the clauses that were not changed.

Our most immediate concern centres on an amendment which was not part of the changes that were first proposed by the federal minister in committee, but which were introduced at a later stage, without, at least so far as I am aware, any specific consultation with provincial governments. The act as it is now amended is substantially altered as to both principle and content from the act which the Honourable M^{me} Bégin reviewed with my staff and me on her cross-country tour last January.

I deal next with amendments to section 12 concerning "reasonable compensation" for physicians, extrabilling and binding arbitration. I am referring specifically to the amendments to clause 12, by which a new subclause (2), was added. Our reading of the new clause suggests to us that, even if a province were to disallow extra billing, it could still face financial penalties under the Canada Health Act if it did not have in place an agreement with medical practitioners which specified that disputes concerning compensation can be referred, at the discretion of the practitioners, to a conciliation process or to a panel for binding arbitration. The amendments further state that a decision of an arbitration panel could not be altered except by an act of the provincial legislature. In our view, those amendments are illconceived and should be withdrawn.

This may seem to be a somewhat surprising position for a government which has expressed concern about extra billing in principle, and which is, even now, discussing with the medical profession in our province the possibility of introducing, on a trial basis, a form of binding arbitration when the profession ceases extra billing. But those negotiations are only at a preliminary stage. There are many other issues that must be resolved at the same time, issues relating to an ever-increasing volume of services for a relatively stable population, issues relating to medical manpower and the impact the fee schedule has on medical manpower.

Neither the government nor the doctors have had an opportunity to address those issues since the principle of extra billing is to be discontinued, and it is essential that the province and medical profession be given the opportunity to work these problems out without the threat of financial sanctions. That is

[Traduction]

«Ce régime ne pourra continuer à se développer et à être amélioré, ni même à survivre, sans cette coopération et sans que tous les intervenants acceptent leur responsabilité de travailler ensemble et de contribuer équitablement à relever les défis que doit aujourd'hui affronter le régime d'assurance-santé au Canada.»

Cette déclaration ainsi que notre prise de position fondamentale demeurent inchangées aujourd'hui.

Reportons-nous aux événements intervenus depuis la fin de février. Après que le Comité de la Chambre eût terminé ses audiences, le ministre de la Santé nationale et du Bien-être social a proposé une série de modifications. Certaines d'entre elles, à notre avis, améliorent réellement le projet de loi, mais plusieurs autres soulèvent des objections. Je signalerai quelques-unes des difficultés que ces modifications créent et que certains articles, demeurés inchangés, continuent de susciter.

Ce qui nous préoccupe en tout premier lieu c'est un amendement qui ne faisait pas partie des premiers changements proposés par la ministre fédérale devant le Comité, mais qui a été introduit par la suite sans, pour autant que je sache, consultation explicite des gouvernements provinciaux. Le principe et le contenu de cette loi ainsi modifiée diffèrent fondamentalement de la loi que M^{me} Bégin avait examinée avec mon personnel et moi-même lors de sa tournée au Canada en janvier dernier.

Je passe maintenant aux amendements apportés à l'article 12 concernant la «rémunération raisonnable» des médecins, ainsi que la surfacturation et l'arbitrage exécutoire. Et je vise plus spécialement l'addition d'un nouveau paragraphe, le paragraphe (2). Cette nouvelle clause prévoit, selon nous, que même si elle interdit la surfacturation, une province pourrait malgré tout être soumise à une amende en vertu de la Loi canadienne sur la santé, si elle n'a pas conclu avec les médecins un accord prévoyant que les différends en matière de rémunération peuvent, au choix des médecins, être réglés par la voie de la conciliation ou celle de l'arbitrage exécutoire. Cette clause prévoit en outre que la décision prise par un Comité d'arbitrage ne peut être modifiée que par une loi de la province. C'est, à notre avis, une clause irréfutable qui devrait donc être supprimée.

Cette position peut paraître un peu étonnante de la part d'un gouvernement qui a exprimé ses inquiétudes au sujet du principe de la surfacturation et qui, en ce moment-même, discute avec son corps médical de la possibilité d'implanter, à l'essai, une forme d'arbitrage exécutoire, aussitôt que les médecins auront cessé la surfacturation. Mais ces négociations n'en sont qu'à l'étape préliminaire. De nombreuses autres questions doivent être résolues en même temps, touchant le volume sans cesse croissant des services dispensés à une population relativement stable, le personnel médical et l'impact que le nouveau barème des honoraires aura sur lui.

Ni le gouvernement ni les médecins n'ont encore eu le temps de se pencher sur ces problèmes, puisque le principe même de la surfacturation sera aboli. Il est d'ailleurs essentiel de donner à la province et au corps médical l'occasion d'y voir clair dans ces problèmes sans être menacé des sanctions financières.

[Text]

one of the main problems with clause 12(2) of the amended Canada Health Act.

If passed in its present form, the legislation would bring about a drastic, permanent change in current practice without anyone having a clear understanding of its implications, and in our view some of the potential implications are extremely disturbing.

Of course, it can be argued that if a provincial government is not satisfied with a ruling by an arbitration panel it may then, under clause 12(2)(c), introduce legislation to alter that ruling and to impose a compensation settlement. That is true. But surely that kind of extreme solution should be considered only as a last resort. It should not be seen as common practice. Furthermore, the negotiations are not always carried out when the provincial legislature is in session. In itself it would be a costly procedure, both in terms of public expenditures, perhaps even for special sessions of provincial legislatures, and in terms of a serious breakdown in the co-operative partnership between governments and health professionals, which the preamble to the Canada Health Act acknowledges is required to ensure future improvements in health care. And in Manitoba, who knows, it might set the bells ringing all over again.

We are very concerned about a potential major increase in costs. Yet nowhere in the bill is there a commitment by the Government of Canada even to share equally in such increases. We had proposed a return to a fifty-fifty cost-sharing formula, which has evidently been declined. At the same time, the federal government is proposing legislation that could result in a profound increase in provincial cost, with no corresponding federal contribution to cost increase.

Again, I should emphasize that my concern is based on our apprehensions about what may happen. We simply do not know. But in our view the risk is simply too great to move ahead with this amendment. It seems far more preferable, in our view, to withdraw this amendment.

Our government traditionally has attempted to avoid what we have called jurisdictional hang-ups. In other words, we have not reacted strongly, at least very often, to what some other provinces would perceive as unwarranted federal intrusions into areas of provincial jurisdiction. Here, however, we do feel very strongly. We feel the legislation, as amended, will represent a serious intrusion by the Government of Canada into a matter which we believe should be resolved between the provincial governments and the medical profession.

Under the anti-inflation program in the mid-1970s the federal government at least sought the formal agreement of provinces on such matters. Here there has not even been consultation, even though we understood from our discussions that there would be no more surprises to subsequent amendments.

[Traduction]

Voilà un des principaux problèmes que soulève le paragraphe 12(2) de la version modifiée de la Loi canadienne sur la santé.

Si elle était adoptée sous sa forme actuelle, cette loi modifierait profondément et de façon permanente la pratique courante, sans que personne se sache exactement quelles en sont les implications, dont certaines, à notre avis, pourraient être extrêmement inquiétantes.

Bien sûr, on peut soutenir que si un gouvernement provincial n'est pas satisfait de la décision d'un comité d'arbitrage il peut, aux termes mêmes de l'alinéa 12(2)c) déposer une loi modifiant cette décision et imposant telle ou telle rémunération. C'est exact. Mais ce n'est là qu'une solution extrême à laquelle il ne faudrait recourir qu'en dernier ressort; ce n'est pas une solution de pratique courante. Par ailleurs, les négociations n'ont pas toujours lieu durant une session de l'assemblée législative provinciale. C'est donc une voie qui serait coûteuse, aussi bien sur le plan des deniers publics dépensés, dans l'hypothèse où il faudrait convoquer des sessions spéciales de l'assemblée provinciale par exemple, que et sur le plan de la coopération sérieusement entamée entre le gouvernement et les professionnels de la santé, coopération sans laquelle, reconnaît le préambule lui-même de cette loi, aucune amélioration future ne saurait être apportée au domaine de la santé. Et, qui sait, au Manitoba cette loi pourrait à nouveau déclencher la sonnerie à l'assemblée législative.

Nous nous inquiétons aussi beaucoup d'une éventuelle hausse importante des coûts. Surtout que le projet de loi ne dit rien d'un éventuel engagement du gouvernement du Canada à partager également ces hausses. Nous avons proposé justement d'en revenir à la formule d'un partage égal des frais, qui a de toute évidence été refusée. Mais du même coup le gouvernement fédéral propose une loi qui pourrait entraîner de sérieuses augmentations des coûts pour les provinces, sans contribution fédérale correspondante.

Je tiens à souligner une nouvelle fois que mon inquiétude est fondée sur les appréhensions concernant l'avenir. Nous ne savons pas ce qui nous attend. Et, à notre avis, le risque est simplement trop grand pour aller de l'avant avec cet amendement. Il nous paraît bien préférable de le retirer tout simplement.

Notre gouvernement a traditionnellement cherché à éviter ce que nous appellerions des complexes en matière de compétences. Autrement dit, nous n'avons pas réagi très fermement, du moins pas très souvent, à ce que d'autres provinces considéraient comme des ingérences fédérales injustifiées dans des domaines de compétence provinciale. Mais dans ce domaine, notre position est très ferme. Ce projet de loi tel que modifié constituera une grave ingérence du gouvernement du Canada dans une question qui, selon nous, devrait être réglée entre les gouvernements des provinces et les médecins.

Du temps de sa lutte contre l'inflation au milieu des années 70, le gouvernement fédéral a au moins cherché à obtenir l'accord officiel des provinces. Cette fois-ci il n'y a même pas eu de consultation, même si les pourparlers que nous avons eus nous laissaient croire qu'il n'y aurait plus de surprises dans les modifications subséquentes.

[Text]

We have no problem in principle with federal legislation which states that physicians should receive "reasonable compensation." Where we do have a problem is with legislation which purports to tell a provincial government precisely how that "reasonable compensation" is to be determined.

Again I would urge that the amendments which have been introduced to all parts of clause 12, be deleted. Failing that, I would suggest that this clause not be proclaimed until it has been the subject of discussion at at least one full-scale conference of federal and provincial health ministers.

My impression is that the revised clause 12(2) is opposed by virtually all provinces. I believe it is incumbent on the federal government and others to take the time necessary to determine the views of all provinces. Again I want to emphasize that there has been no real consultation on this amendment, at least not with our government, and I doubt if there has been consultation with others either.

Let me now deal with Manitoba's concern about other provisions of the amended Canada Health Act. It may seem ironic, but one of our first concerns about the amendments which were introduced by the Minister of National Health and Welfare in the House of Commons committee centred on her decision to delete the list of "Canadian health care policy objectives" which appeared in the old section 3(2). Our province, unlike some others, believes the federal government has an important role to play, in co-operation with the provinces, in establishing national policy goals for Medicare.

Interestingly, one of the deleted policy objectives was "to encourage effective allocation of the nation's health resources." I regret to say that I do not believe the amendments to clause 12 which I discussed earlier are consistent with that objective. But that objective has now been deleted, so it can be argued that the point is academic. I would disagree. We believe the federal government and the provinces should be working together to ensure that public funds are spent as effectively and efficiently as possible in the health care field. But what should be happening and what is happening are two very different things.

The federal minister did propose some changes to the process for dealing with defaults or federal-provincial disputes. However, we feel those changes are inadequate. It is perhaps noteworthy that the federal minister did not propose, in cases of disputes concerning this legislation and financial penalties under it, that provinces be permitted to elect binding arbitration as a mechanism for dealing with them. Instead, the minister proposes some consultation, unless, under clause 14(3), the minister decides that "consultation will not be achieved."

[Traduction]

Nous ne sommes pas en principe opposés à une loi fédérale qui stipulerait que les médecins doivent recevoir une «rémunération raisonnable». Ce qui nous fait problème c'est une loi qui dicte à un gouvernement provincial exactement comment cette «rémunération raisonnable» doit être établie.

Je recommande de nouveau que les amendements proposés à tous les paragraphes de l'article 12 soient supprimés. Sinon, je propose que la proclamation de cet article soit retardée jusqu'à ce qu'il ait fait l'objet de discussions lors d'au moins une conférence générale des ministres fédéraux et provinciaux de la Santé.

Presque toutes les provinces semblent s'opposer au nouveau paragraphe 12(2). Je crois qu'il incombe notamment au gouvernement fédéral et aux autres instances concernées de prendre le temps de déterminer quelle est la position de toutes les provinces sur cette question. Je tiens encore une fois à rappeler qu'il n'y a pas vraiment eu de consultation au sujet de ces amendements, du moins pas avec notre gouvernement, et je crains bien que nous ne soyons pas les seuls.

Permettez-moi maintenant d'aborder d'autres dispositions de la nouvelle version du projet de loi intitulée Loi canadienne sur la santé qui préoccupent le Manitoba. Cela peut vous sembler ironique, mais l'un des aspects que nous trouvons le plus inquiétant des amendements présentés par le ministre de la Santé nationale et du Bien-être social au Comité de la Chambre des communes est sa décision de supprimer la liste des «objectifs complémentaires de la politique canadienne de la santé» qui figurait dans l'ancienne version du paragraphe 3(2). Notre province, contrairement à certaines autres, estime que le gouvernement fédéral a un rôle important à jouer, en collaboration avec les provinces, dans l'établissement des objectifs de la politique nationale touchant l'assurance-maladie.

Il est intéressant de noter que l'un des objectifs de la politique qui a été supprimé était «de rationaliser l'affectation des ressources du pays en matière de santé.» Je regrette de devoir dire qu'à mon avis les amendements présentés à l'article 12 dont j'ai déjà parlé ne cadrent pas avec cet objectif. Mais comme il a été supprimé, d'aucuns soutiendront que cet argument est purement théorique. Ce n'est pas mon avis. Nous estimons que le gouvernement fédéral et les provinces doivent collaborer afin de s'assurer qu'il y a une rationalisation des dépenses dans le domaine de la santé. Mais l'écart est grand entre la théorie et la pratique.

Le ministre fédéral a bien proposé certains changements au processus permettant de régler le cas de manquements ou de différends fédéraux-provinciaux. Nous trouvons toutefois ces changements inadéquats. Il vaut peut-être la peine de noter que pour ce qui est des différends opposant les deux ordres de gouvernement au sujet de cette loi et des pénalités financières qu'elle prévoit, le ministre fédéral n'a pas proposé que les provinces puissent choisir l'arbitrage obligatoire. Au lieu de cela, le ministre propose une certaine forme de consultation à moins qu'il ne conclue, aux termes du paragraphe 14(3), «à l'impossibilité d'obtenir cette consultation».

[Text]

There are any number of possible options for improving the dispute resolution process. Unfortunately, the very consultation which has been referred to in the bill has not been practised adequately in arriving at the amendments. If there is not reasonable consultation in setting up the system, it is difficult to have confidence that it will somehow take place once the system is in place.

Another concern which we have raised in the amendments, relates to the use of funds that may be withheld from provinces under the penalty provisions of the act. We believe it would be unfortunate, and contrary to the intentions of the legislation, if such funds were withdrawn from the health field. I believe a mechanism should be found to ensure that they remain dedicated to the health function in some way. Canada's health care system should not suffer in general through a lowering of the resources allocated to it because of a dispute between certain of the partners concerning the provisions of this act. The establishment of a special fund for financing projects of national significance would be one possible option.

There are other concerns as well, but it is probably unnecessary to do more than outline them here. We hope to discuss them with the federal government before the bill proceeds further.

Our concerns include, first, the definition of user charges. The original legislation made it quite clear that so-called "residential" charges would not be considered user charges for purposes of the penalty provisions. We feel that it is important to ensure that the amendments are consistent with this intention.

Secondly, there are information requirements. We feel provincial agreement rather than simply consultation should be required with respect to any related regulations.

Another of our concerns is portability. We continue to be concerned about the potential extra cost involved in paying another province's fee schedule where an insured resident of our province obtains medical services elsewhere.

I should mention that these points are covered in more detail in our submission to the House of Commons committee. I would refer you to pages 5 and 6 as well as pages 15 through 19 of that document.

J'ai exprimé ces mêmes idées au ministre fédéral de la Santé et du Bien-être social et j'ai l'intention de poursuivre d'autres discussions aussitôt qu'il sera possible.

J'ai confiance qu'il sera possible, même à cette étape quelque peu tardive, d'effectuer des changements au projet de loi en question, changements qui tiendraient compte de nos inquiétudes.

Ces inquiétudes sont légitimes et méritent une attention particulière, surtout pour ce qui est des amendements proposés à l'article 12.

[Traduction]

Il y aurait plusieurs façons d'améliorer le processus de règlement des différends. Malheureusement, on n'a pas suffisamment pratiqué la consultation dont il est question dans le projet de loi avant d'adopter les amendements. S'il y a manque de consultation au moment de la création du système, il est normal de douter que la situation puisse s'améliorer après coup.

D'autre part, on n'a pas tenu compte dans le projet de loi, ni dans les amendements qui y ont été présentés, de notre inquiétude au sujet de l'utilisation des fonds qui peuvent être soustraits aux provinces en vertu des pénalités prévues aux termes de la loi. Il serait à notre avis malheureux et contraire à l'esprit de la loi que ces fonds soient soustraits du domaine de la santé. Je crois qu'il faudrait trouver un mécanisme qui garantirait que ces fonds seront réaffectés en quelque sorte dans le domaine de la santé. On ne devrait pas réduire les fonds alloués au régime d'assurance-santé du Canada toutes les fois qu'un différend oppose les deux ordres de gouvernement au sujet des dispositions de cette loi. La création d'un fonds spécial destiné à financer des projets d'intérêt national dans le domaine de la santé serait une solution.

Nous avons d'autres critiques à formuler au sujet du projet de loi, mais il vaut peut-être mieux ne pas entrer dans les détails tout de suite. Nous espérons en discuter avec le gouvernement fédéral avant l'adoption du projet de loi.

La définition que l'on forme aux «frais modérateurs» vient en premier sur la liste de nos griefs. L'ancienne version du projet de loi précisait que ce qu'on appelle les frais «résidentiels» ne seraient pas considérés comme des frais modérateurs aux fins de l'application des dispositions touchant les pénalités prévues pour manquement à la loi. Nous estimons qu'il faut absolument s'assurer que les amendements tiennent compte de cette intention.

Il y a ensuite la question des exigences en matière d'information. Nous jugeons que tout règlement se rapportant au projet de loi devrait être avalisé par les provinces et qu'une simple consultation ne suffit pas.

La question de la transférabilité nous inquiète aussi. Nous continuons de craindre que nos coûts augmentent sensiblement s'il nous faut respecter le barème des tarifs établi par une autre province lorsqu'un de nos assurés reçoit des soins médicaux à l'extérieur du Manitoba.

Je me permets de souligner que nous avons abordé ces points plus longuement dans le mémoire que nous avons présenté au Comité de la Chambre des communes. Je vous renvoie en particulier aux pages 5 et 6 ainsi qu'aux pages 15 à 19 de ce document.

I have expressed these same ideas to the federal Minister of Health and Welfare, and I intend to engage in other discussions as soon as possible.

I am confident that it will be possible, even at this rather late stage, to make changes in the Bill, changes that would take our concerns into account.

They are legitimate concerns and deserve some special attention, particularly with respect to the amendments proposed in clause 12.

[Text]

Ces inquiétudes naissent du fait que notre appui envers "Medicare" est inébranlable; nous voulons que tout soit fait par le gouvernement canadien et le Parlement canadien pour préserver et renforcer notre système de santé publique au Canada.

Ayant été parmi les plus grands défenseurs de "Medicare", nous ne voulons surtout pas le compromettre. Ainsi, nos propos doivent être analysés en fonction de ces pensées.

Nous parlons à titre de défenseurs de "Medicare" et nous sommes guidés par un désir fervent de voir se réaliser des améliorations dans le niveau des services de la santé au Canada.

The Chairman: Thank you, Mr. Minister. Perhaps I could ask you a couple of questions while the other members of the committee are getting their thoughts together.

I understand that you met today with the Minister of National Health and Welfare and discussed with her the amendments to clause 12. After your discussion with her do you still feel the same way about the amendment, or has she given you a different light on the interpretation and meaning of the amendments?

Mr. Desjardins: I was given this by Dr. Bruce just minutes before coming here. I am not a lawyer. I was quite concerned when I came here and I reread the bill. I do not doubt the sincerity of the minister or others in the federal legislature who tell me that we are wrong. If I may, I would like to read the clause that concerns me.

Subclause (2) says:

In respect of any province in which extra-billing is not permitted, paragraph 12(1)(c) shall be deemed to be complied with if the province has chosen to enter into, and has entered into, an agreement with the medical practitioners and dentists of the province that provides.

So far I say you have complied if you set up this disagreement. It continues:

(a) for negotiations relating to compensation for insured health services between the province and provincial organizations that represent practising medical practitioners or dentists in the province.

Then paragraph (b) is the concern:

for the settlement of disputes relating to compensation through, at the option of the appropriate provincial organizations referred to in paragraph (a)—

In this case that means the M.M.A., the medical group in Manitoba:

conciliation or binding arbitration by a panel that is equally representative of the provincial organizations and the province and that has an independent chairman; and (c) that a decision of a panel referred to in paragraph (b) may not be altered except by an Act of the legislature of the province.

My simple explanation of this is that if there is no extra-billing in our province we must have an agreement with the medical profession, and we must try to have proper compensation, with which we certainly agree, but if things are not working there

[Traduction]

Our concerns arise from the fact that our support for Medicare is unshakable; we want everything possible to be done by the government and Parliament of Canada to preserve and strengthen our system of public health care in Canada.

Having been among the staunchest defenders of Medicare, we most certainly do not want to compromise it. Our comments must be analysed with this in mind.

We speak as defenders of Medicare and we are guided by a fervent desire to see improvements in the level of health-care services in Canada.

Le président: Je vous remercie, Monsieur le ministre. Je pourrais peut-être vous poser une ou deux questions pendant que les autres membres du Comité rassemblent leurs esprits.

On m'informe que vous avez rencontré aujourd'hui le ministre de la Santé nationale et du Bien-être social pour discuter avec elle des amendements relatifs à l'article 12. Maintenez-vous toujours votre position au sujet de cet amendement ou bien le ministre vous a-t-elle donné une interprétation différente de celui-ci?

M. Desjardins: J'ai reçu ce document de M. Bruce quelques instants avant de venir ici. Je ne suis pas un avocat. J'étais très inquiet en venant ici et en relisant le projet de loi. Je ne doute pas de la sincérité du ministre ni de celle des députés qui me disent que nous avons tort. Si vous me le permettez, je vous lirai la partie de l'article qui me préoccupe.

Le paragraphe 12(2) se lit comme suit:

(2) Pour toute province où la surfacturation n'est pas permise, il est réputé être satisfait à l'alinéa 12(1)c) si la province a choisi de conclure un accord et a effectivement conclu un accord avec ses médecins et dentistes prévoyant:

Jusqu'ici, je dirais qu'il est réputé être satisfait à ce paragraphe même s'il y a désaccord. Je poursuis:

a) la tenue de négociations sur la rémunération des services de santé assurés entre la province et les organisations provinciales représentant les médecins ou dentistes qui exercent dans la province;

Et voici l'alinéa qui nous préoccupe:

b) le règlement des différends concernant la rémunération par, au choix des organisations provinciales compétentes visées à l'alinéa a),

Dans le cas du Manitoba, il s'agit de la M.M.A. qui représente les médecins:

soit la conciliation soit l'arbitrage obligatoire par un groupe représentant également les organisations provinciales et la province et ayant un président indépendant; c) l'impossibilité de modifier la décision du groupe visé à l'alinéa b), sauf par une loi de la province.

Si je comprends bien, cela veut dire que s'il n'y a pas de surfacturation dans notre province, nous devons conclure un accord avec les membres de la profession médicale pour nous entendre sur une rémunération juste, sur quoi nous sommes d'accord;

[Text]

would be compulsory binding arbitration. We can get away from the award, but only by an act of the legislature. I cannot understand that it could be anything else. However, I am not a lawyer, and I hope there are some lawyers here today. I am told that this is just a suggestion.

I might say that we ourselves are now negotiating with the medical profession in Manitoba to see if there is a possibility to have some form of extra billing, but we want a policy made in Manitoba, especially if we pay the shot. It could be on a trial basis. Also, we are working with the medical profession better than we have for a number of years and a good attitude exists. We would not want to throw challenges at them. I am not saying we are against compulsory arbitration. We are against compulsory arbitration for a federal government that has wanted to stay away from opened programs.

When we have talked about this bill we have recognized that extra billing could be a problem. It was not a very big problem in Manitoba, although we are in favour of the principle of no extra billing. However, we wanted to discuss the financing. We cannot understand how you can talk about a bill such as this without discussing the financing. That was refused repeatedly, and now all of a sudden the federal government is telling us, if I am right—I hope I am wrong—that there is going to be compulsory arbitration and we will be told what to pay, but the federal government does not want any part of the cost. I hope I am wrong, and if I accomplish nothing else today I should like to know the true implication of this amendment.

The Chairman: The interpretation we got from the minister when she appeared before us as a witness was that under clause 12(1)(c), where reasonable compensation must be provided, there was nothing defining what “reasonable compensation” was, but if a provincial government and their medical society agreed on a salary scale, that was reasonable compensation, otherwise they would not have agreed.

Mr. Desjardins: No problem.

The Chairman: However, if they cannot agree, then it is for the province and their medical people to argue and fight it out. If this procedure were followed, the federal government would say that in their opinion the requirement for reasonable compensation had been met. That was the interpretation I got from the minister. Perhaps I, like yourself, did not interpret it correctly. I understood it was not compulsory for any province to put it into effect; it was not compulsory for any group to go to arbitration; it was merely a way of defining what “reasonable arbitration” would mean to and to be acceptable by the federal government if that happened to be put into effect, but there would still be the same method of reaching agreement between the province and the medical people.

Mr. Desjardins: It is a suggestion.

The Chairman: A suggestion of a way to define “reasonable arbitration”, and if that was done the federal government would say, “In our opinion that meets the requirement of

[Traduction]

mais s'il est impossible de conclure un accord, il faut s'en remettre à l'arbitrage obligatoire. Cette décision ne peut être modifiée que par une loi de la province. Je ne vois pas comment il en serait autrement. Je ne suis toutefois pas avocat et j'espère qu'il y a des avocats ici parmi nous. On me dit qu'il s'agit simplement d'une suggestion.

Notre gouvernement négocie actuellement avec les médecins du Manitoba pour voir si nous pouvons adopter une certaine forme de surfacturation, mais nous voulons que la politique à cet égard soit instituée au Manitoba, en particulier si nous devons en assurer le financement. Nous pourrions faire un essai. Nos rapports avec les médecins sont meilleurs qu'ils ne l'ont été depuis plusieurs années et les relations sont excellentes. Nous ne voudrions pas leur lancer des défis. Je ne dis pas que nous sommes opposés à l'arbitrage obligatoire. Nous nous y opposons seulement en rapport avec le gouvernement fédéral qui a toujours refusé de s'engager dans des programmes ouverts.

Lorsque nous avons discuté de ce projet de loi, nous avons reconnu que la surfacturation pouvait constituer un problème. Il n'est pas très grave au Manitoba, mais nous appuyons le principe de la non-facturation. Nous voulons cependant discuter des modalités de financement du programme. Nous ne comprenons pas comment on peut discuter d'un projet de loi de ce genre sans aborder la question financière. Le gouvernement fédéral s'y est refusé à plusieurs reprises et, maintenant, il nous dit, et j'espère me tromper, qu'il faut accepter l'arbitrage obligatoire et qu'on nous dira ce que nous avons à payer. Le gouvernement fédéral refuse toutefois d'assumer une partie quelconque de ces frais. J'espère me tromper, mais j'aimerais au moins aujourd'hui apprendre quelle est la vraie signification de cet amendement.

Le président: Selon ce que nous a dit le ministre lorsqu'elle a comparu devant nous à titre de témoin, l'alinéa 12(1)c) ne définit pas ce qu'on entend par «rémunération raisonnable», mais il y a présomption de rémunération raisonnable lorsqu'une province et ses médecins ont conclu un accord parce qu'autrement, il n'y aurait pas eu d'accord.

M. Desjardins: Cela va de soi.

Le président: S'il y a désaccord sur ce que constitue une rémunération raisonnable, la province et ses médecins doivent négocier en vue d'arriver à une entente. Si les parties suivent ce processus, le gouvernement fédéral considérera qu'une rémunération raisonnable a été offerte. C'est ce que le ministre nous a confirmé. Comme vous, j'ai peut-être mal interprété l'article. J'ai cru qu'aucune province n'était tenue d'appliquer l'entente et qu'il n'y avait pas d'arbitrage obligatoire, mais qu'il s'agissait simplement d'une façon de définir ce qu'on entend par «arbitrage raisonnable» et ce que le gouvernement fédéral considérerait comme étant raisonnable si une entente était appliquée. J'ai cru que les médecins et la province devaient parvenir à une entente par la même méthode.

M. Desjardins: C'est une proposition.

Le président: Une proposition sur la façon de définir «arbitrage raisonnable» et si cela était fait, le gouvernement fédéral concéderait qu'à son avis il y a eu arbitrage raisonnable.

[Text]

reasonable arbitration." Maybe some other honourable senators will have some questions on that.

Mr. Desjardins: Everybody tells us that is the interpretation, but if that were the case why would they have paragraph (c), saying that the only way they can refuse this decision is by introducing legislation?

The Chairman: We were advised that the reason for having that paragraph was because this is a panel decision, but the final say in any province is the legislature, and if the legislature did not agree with the arbitration board they could overrule it and say they would not pay that much, or they should pay more. We were advised that the legislature had the final power, and they could break the arbitration. So the doctors, although they think they have an agreement, really have not got an agreement at all if the legislature says so.

Mr. Desjardins: That is, if we had gone voluntarily with paragraph (b).

The Chairman: Yes, if you agree voluntarily with that you could still go to paragraph (c), go to the elected representatives of the people, and say, "We have not got the financing. We cannot carry this thing out. Therefore we do not agree with that agreement," and it could be broken. That is the interpretation I understood the minister to give us. I do not know whether that meets your requirements.

Mr. Desjardins: Let me say, after coming all the way from Manitoba, that if this is the case and if we could be reassured that this is just a suggestion, then I should be very pleased, and the committee can disregard the representations we have made dealing with that part of it.

The Chairman: I thank you for those remarks. However, to make sure the interpretation I have given you is correct we will have to ask the minister at a later stage to clarify that issue further and get it on the record perhaps more clearly, but I think you will find it in the record of our committee meetings last week.

Senator Phillips: Mr. Chairman, I would suggest that we have the Law Clerk give us an opinion on that. You will recall that there was some discussion between Senator Tremblay and the minister on that matter.

The Chairman: We can get a legal opinion as well.

Senator Phillips: Let us get a legal opinion on that.

The Chairman: Mr. Desjardins, perhaps we could send you a copy of the proceedings of our last committee meeting so that you can read what the minister told us.

Mr. Desjardins: I would certainly appreciate that. I think Senator Phillips' suggestion is a good one. If you want to save the time of time committee, I think the other provinces should be informed, because I understand from discussions at the deputy minister level that most of the provinces will be coming here to make the same point that I have made, some perhaps a little stronger and better. If people were informed publicly I

[Traduction]

D'autres honorables sénateurs voudront peut-être vous poser des questions sur ce même sujet.

M. Desjardins: Tout le monde nous dit que c'est bien là l'interprétation à donner à l'article, mais pourquoi dans ce cas a-t-on précisé à l'alinéa c) que la seule façon par laquelle la province peut modifier la décision est d'adopter une loi?

Le président: On nous a dit que c'est parce qu'il s'agissait d'une décision de groupe et que l'Assemblée législative est l'autorité suprême dans une province. Si l'Assemblée législative n'acceptait pas la décision du conseil d'arbitrage, elle pourrait l'annuler et décider elle-même du montant à verser aux médecins. On nous a dit que l'Assemblée législative avait le dernier mot et pouvait annuler la décision prise par le groupe d'arbitrage. Ainsi, même si les médecins croyaient avoir conclu une entente, il n'en serait rien si l'Assemblée législative en décidait autrement.

M. Desjardins: C'est exact, si, volontairement, nous avions accepté l'alinéa b).

Le président: Oui, si, de votre propre chef, vous acceptiez cette disposition, vous pourriez toujours avoir recours à l'alinéa c), vous en remettre aux représentants élus de la population et leur dire: «Nous n'avons pas obtenu les crédits, nous ne pouvons offrir le service. Par conséquent, nous n'acceptons pas cet accord.» Et l'accord pourrait être abrogé. Voilà l'interprétation que le ministre nous a donnée. Je ne sais pas si elle vous satisfait.

M. Desjardins: Permettez-moi de dire, après être venu du Manitoba, que s'il en est ainsi et qu'on nous rassure que c'est simplement une suggestion, alors, j'en suis très content et le Comité peut passer outre aux représentations que nous lui avons faites au sujet de cette disposition.

Le président: Je vous remercie. Toutefois, pour m'assurer que l'interprétation que je vous ai donnée est correcte, nous devons demander au ministre de clarifier ultérieurement la question, pour ensuite faire état de ses propos de façon nette et précise au compte rendu; mais je crois que vous les trouverez dans les comptes rendus de nos séances de la semaine dernière.

Le sénateur Phillips: Monsieur le président, je propose que nous demandions au légiste de nous donner une opinion là-dessus. Vous vous souviendrez que le sénateur Tremblay et le ministre ont discuté de cette question déjà.

Le président: Nous pouvons demander l'avis du contentieux aussi.

Le sénateur Phillips: Faisons donc cela.

Le président: Monsieur Desjardins, peut-être pourrions-nous vous faire parvenir un exemplaire des délibérations de notre dernière séance; ainsi, vous pourrez prendre connaissance du témoignage du ministre.

M. Desjardins: J'en serais ravi. Je crois que la suggestion du sénateur Phillips est bonne. Si vous voulez gagner du temps en Comité, les autres provinces doivent être informées parce que je crois comprendre, d'après les discussions qui se déroulent au niveau des sous-ministres, que la plupart d'entre elles vont venir témoigner devant votre Comité et présenter les mêmes arguments que moi, en les étayant peut-être davantage et avec

[Text]

think it would be a good service, so that they would not get heated over something unnecessarily.

The Chairman: I do not think they could make the point any better.

Senator Marshall: We do not need a lawyer for this. It is all doctors.

The Chairman: Perhaps I could put this question to you, Mr. Minister, before turning the floor over to the other members. You expressed some concern about user charges. I believe under the amendment of clause 19(2) room and board for chronic care patients will be allowed to be charged. Have you been informed of that amendment?

Mr. Desjardins: No. I am pleased that you point this out, Mr. Chairman. The minister had assured us that we would receive this by courier, but, as I said, I received it only a few minutes before coming into this meeting. That is good news if it is covered. We will look at it.

The Chairman: I think some patients who have been in hospital for years with a chronic illness which cannot be cured might be transferred to a chronic care hospital, and still room and board will be chargeable under the Canada Health Act.

Mr. Desjardins: As long as they are discharged from an acute care hospital.

The Chairman: They can even stay in an acute care hospital, as I understand it.

Mr. Desjardins: But on rehabilitation.

The Chairman: As long as the doctor certifies a chronic care patient is not likely to get better, room and board can be charged for that patient at reasonable rates of compensation. Is that not, honourable senators, the interpretation that was given to us of clause 19(2)? Perhaps we should read the clause:

In order that a province may qualify for a full cash contribution referred to in section 5 for a fiscal year, user charges must not be permitted by the province for that fiscal year under the health care insurance plan of the province.

The amendment, subclause (2), states:

Subsection (1) does not apply in respect of user charges for accommodation or meals provided to an in-patient who, in the opinion of the attending physician, requires chronic care and is more or less permanently resident in a hospital or other institution.

Mr. Desjardins: It sounds very good.

The Chairman: That would probably take care of the situation.

Mr. Desjardins: I think so. Thank you.

[Traduction]

plus d'insistance. Je crois que ce serait rendre un grand service que d'informer la population de sorte que les esprits ne s'échauffent pas inutilement sur cette question.

Le président: Je ne crois pas qu'on puisse exposer plus éloquemment la question.

Le sénateur Marshall: Nous n'avons pas besoin d'un avocat, il ne s'agit que de médecins.

Le président: Peut-être pourrais-je vous poser cette question, monsieur le ministre, avant de céder la parole aux autres membres. Vous vous êtes dit un peu inquiet des frais modérateurs. Je crois qu'aux termes de l'amendement au paragraphe 19(2), l'hébergement et les repas des malades chroniques peuvent être facturés. Êtes-vous au courant de cet amendement?

M. Desjardins: Non, je suis content que vous m'en fassiez part, monsieur le président. La ministre nous a assurés que nous les recevions par courrier, mais comme je l'ai dit, je ne les ai eus en main que quelques minutes avant la séance. C'est donc là une bonne nouvelle s'il en est ainsi. Nous allons les étudier.

Le président: Je crois que certains malades chroniques hospitalisés depuis des années peuvent être transférés à un hôpital pour malades chroniques et qu'il est toujours possible de leur imposer des frais d'hébergement et de nourriture aux termes de la Loi canadienne sur la santé.

M. Desjardins: Dans la mesure où ils sont renvoyés d'un hôpital général.

Le président: Ils peuvent même rester dans un hôpital général, d'après ce que je comprends.

M. Desjardins: Mais pour y recevoir des soins de réadaptation.

Le président: Dans la mesure où le médecin atteste que la santé du malade chronique n'est pas susceptible de s'améliorer, on peut lui imposer des frais pour l'hébergement et les repas à un taux raisonnable. N'est-ce pas, honorables sénateurs, l'interprétation qu'on nous a donnée du paragraphe 19(2)? Peut-être pourrions-nous en lire le texte:

Une province n'a droit, pour un exercice, à la pleine contribution pécuniaire visée à l'article 5 que si, aux termes de son régime d'assurance-santé, elle ne permet pour cet exercice l'imposition d'aucuns frais modérateurs.

L'amendement, paragraphe (2), est le suivant:

Le paragraphe (1) ne s'applique pas aux frais modérateurs imposés pour l'hébergement ou les repas fournis à une personne hospitalisée qui, de l'avis du médecin traitant, souffre d'une maladie chronique et séjourne de façon plus ou moins permanente à l'hôpital ou dans une autre institution.

M. Desjardins: Ça m'apparaît très intéressant.

Le président: Cela réglerait probablement le problème.

M. Desjardins: Je crois que si, merci.

[Text]

Senator Phillips: I noted throughout the debate in the other place and the various presentations there was always a difference of opinion between the federal government and the provinces about the percentages of the federal government and the provinces. I have reached the stage where I suspect both the federal government and the provinces are cooking the books in their own favour. Could the minister tell us what he includes in his description of "total health care"?

Mr. Desjardins: I think that is the problem. When the federal government state the cost of what they pay, it is mostly for Medicare and hospitalization, and it could well be about 50 p. cent for those two. We feel we have a responsibility, but the act was going to state mental illness, mental health, for instance. We are talking about complete care. Canadians are fortunate in the service they have compared with other countries, but I guess Medicare and hospitalization, being the two main universal programs, encourage certain things that are probably not best for the people of Canada. For instance, it was much easier to build an acute care hospital at the time this was started, because there was a fifty-fifty division of funds, so we were spending a 50-cent dollar. There should have been more flexibility, and there should be more flexibility now.

The people of Canada have been spoiled because of the number of acute care beds we have. What we need are more programs, keep people in their homes as long as possible, and the provision of personal care beds and other facilities. If the federal government say they will share only in certain areas, I think we will go the same way. I think we have to look at the whole thing. If the cost of that is not to become prohibitive, then we must find new ways. We can no longer be merely institution-oriented. The medical profession itself must be challenged. Perhaps there should be a different approach to payment; perhaps we should pay doctors to keep people healthy instead of treating patients.

All these things have to be examined. If we are just talking about Medicare as it is, we are merely encouraging people to generate more revenue, perhaps seeing the same patient more often. I don't know whether honourable senators realize it, but in a province such as ours, with the same population and the same number of doctors, the volume is increasing five or ten per cent every year.

I do not think anybody is cooking the books. I think we are just using the figures to suit ourselves, I suppose, to make our point. The federal government says, "We are still paying roughly 50 per cent," and we are talking about the total cost; it went down to 49 per cent or 51 per cent, and now it is 39 per cent. Perhaps Manitoba is doing a bit more than most of the provinces, although not that much, to show that difference. We will lose on this in the next few years.

[Traduction]

Le sénateur Phillips: J'ai remarqué au cours des débats à l'autre endroit et dans les divers témoignages qui nous ont été présentés, que le gouvernement fédéral et les provinces différaient toujours d'opinion au sujet des pourcentages de participation des deux paliers de gouvernement. J'en suis venu à croire que le gouvernement fédéral et les provinces manipulent les chiffres en leur faveur. Le ministre pourrait-il nous dire ce qu'il inclut dans sa description de «l'ensemble des soins de santé»?

M. Desjardins: Je crois que c'est ici que se pose le problème. Lorsque le gouvernement fédéral précise ses contributions, il ne parle principalement que de l'assurance-santé et de l'assurance-hospitalisation, et il peut très bien arriver à un pourcentage de 50 p. 100 pour les deux. Nous estimons aussi avoir une certaine part de responsabilité, mais la loi devait faire état de la santé mentale, par exemple. Nous parlons ici de la totalité des soins de santé. Les Canadiens ont la chance, comparativement à d'autres pays, de jouir des services qu'ils ont, mais je crois que l'assurance-santé et l'assurance-hospitalisation, qui sont les deux principaux programmes universels, encouragent certains abus qui ne sont probablement pas à l'avantage de la population canadienne. Par exemple, il était beaucoup plus facile, au moment où le système est entré en vigueur, de construire un hôpital général, parce qu'à cette époque la répartition des frais en faisant a parts égales, à raison donc de 50c. par dollar. Le système aurait dû être plus souple alors, et il devrait l'être davantage aujourd'hui.

La population canadienne est gâtée, compte tenu du nombre de lits affectés aux soins hospitaliers généraux. Nous avons besoin de plus de programmes, de garder les gens chez eux le plus longtemps possible, d'offrir des soins personnels et autres. Si le gouvernement fédéral décide qu'il contribuera à certains services seulement, je crois que nous ferons de même. A mon avis, il faut étudier l'ensemble de la question. Pour éviter que les coûts deviennent prohibitifs, nous devons trouver de nouvelles solutions. Nous ne pouvons plus nous orienter seulement vers les institutions. La profession médicale elle-même doit être remise en question. Peut-être devrions-nous adopter une méthode de paiement différente, payer les médecins pour garder les gens en santé au lieu de les traiter.

Toutes ces questions doivent être étudiées. Si nous ne faisons qu'aborder le problème de l'assurance-santé dans sa forme actuelle, nous ne faisons qu'encourager les médecins à s'enrichir, à peut-être voir le même client plus souvent. Je ne sais pas si les honorables sénateurs s'en rendent compte, mais dans une province comme la nôtre avec la même population et le même nombre de médecins, le volume de la clientèle médicale augmente de 5 ou 10 p. 100 par an.

Je ne crois pas que l'on joue avec les chiffres. Nous les utilisons simplement à notre avantage, je suppose, pour prouver notre thèse. Le gouvernement fédéral prétend qu'il verse environ 50 p. 100 alors que nous parlons des coûts totaux. Ce pourcentage a baissé à 49 p. 100, est remonté à 51 p. 100 et, aujourd'hui, il se situe à 39 p. 100. Peut-être le Manitoba fait-il plus que la plupart des provinces, mais pas tellement plus, pour faire état de cette différence. Nous allons y perdre dans quelques années.

[Text]

I have here a document which I should like to circulate to honourable senators. It deals with federal transfers as a proportion of provincial health expenditures. Our point is that we want to look at the complete thing. We want to look at prevention; we want to look at community services, not just institutions; we want to keep people in their homes as long as possible. In Manitoba, as in other provinces—although we are probably one of the leaders—at the turn of the century we will have many more senior citizens, which will be a concern if we are not ready for it.

In Manitoba we had a study done on mental health, and it will take several million dollars to give the care needed. Unfortunately, as Canadians we do not give mentally ill people the service that we provide in other areas of sickness.

Senator Phillips: What is the cost of the public ward hospital bed as opposed to having the patient in a nursing home?

Mr. Desjardins: I know what you are driving at, senator. We are saying it would be less costly to keep people in a personal care home than have them occupy acute care beds. That is the point I am making. In all fairness, this is not something that hospital administrators will say publicly, but it is not as bad as it sounds. A bed is a bed. There could be an argument about the number of beds. In some areas certainly some beds are missing, but in other areas there are too many acute care beds. I know many people will object to that statement.

In a time of restraint hospitals might have patients occupying acute care beds panned to go to a personal care home, when they have not got the staff, so that at least the standards remain the same. In other words, with a mixture of acute care patients and some patients who need a little less care, with their present staff they can manage. There is no doubt some of these hospitals are not saying that out loud, but they are pleased to have some of these panel patients to cut down on their costs. The question is how many beds you need.

Senator Phillips: Mr. Minister, you stated that the province is now beginning to establish a form of binding arbitration with the medical profession. Has binding arbitration ever been used in the province of Manitoba in any other respect?

Mr. Desjardins: Yes. In fact, it has been used for doctors working for the government, still represented by the same union, the M.M.A. It was not a socialist plot but it was the medical profession that requested the government to have compulsory binding arbitration a few years ago. In fact, they threatened strikes and worked to rule, which was unheard of anywhere else, and nobody wanted that. It was mostly the G.P.s. Usually specialists do not favour that. That was rather a battle in Manitoba. We did not like the way it was at that time, and we said we would look at certain conditions. This was before this act. There was no way anybody could ask for compulsory binding arbitration if people could opt out and

[Traduction]

J'ai ici un document que j'aimerais remettre aux honorables sénateurs. Il porte sur les paiements de transfert du gouvernement fédéral en pourcentage des dépenses provinciales de santé. Nous estimons qu'il faut étudier toute la question; l'aspect préventif; nous voulons étudier les services communautaires et non pas seulement le problème des institutions, nous voulons garder les gens chez eux le plus longtemps possible. A la fin du siècle, le Manitoba, tout comme les autres provinces, bien que nous soyons probablement en tête de liste, comptera beaucoup plus de personnes âgées, ce qui nous causera des problèmes si nous ne sommes pas prêts à y faire face.

Au Manitoba, nous avons effectué une étude sur la santé mentale et il nous faudra plusieurs millions de dollars pour fournir les soins nécessaires. Malheureusement, nous n'offrons pas aux malades mentaux les mêmes services qu'aux autres malades.

Le sénateur Phillips: Combien un lit coûte-t-il dans un hôpital et dans un foyer pour vieillards?

M. Desjardins: Je sais où vous voulez en venir, sénateur. Nous prétendons qu'il serait moins dispendieux de garder les gens dans des foyers que de leur réserver un lit dans un hôpital général. C'est ce que je pense. En toute justice, ce n'est pas une déclaration que les administrateurs d'hôpitaux vont faire publiquement, mais les choses ne vont pas aussi mal qu'on le croit. Un lit, c'est un lit. On peut discuter du nombre de lits. Dans certaines régions, il ne fait aucun doute qu'on n'en a pas suffisamment, mais dans d'autres, on n'a pas suffisamment de lits pour les malades aigus. Je crois que beaucoup vont s'opposer à cette assertion.

En période de restrictions, les hôpitaux accueillent peut-être des patients qui occupent des lits pour malades non chroniques, qui doivent être transférés dans des foyers pour soins personnels, alors qu'ils n'ont pas le personnel requis, de sorte qu'à tout le moins, les normes demeurent les mêmes. Autrement dit, si les hôpitaux ont en même temps une clientèle composée de malades aigus et d'autres qui ont besoin de moins de soins personnels, ils peuvent s'en sortir avec le personnel dont ils disposent. Nul doute que certains de ces hôpitaux ne le crient pas sur les toits, mais ils sont contents que ces patients viennent réduire leurs coûts. La question est de savoir de combien de lits nous avons besoin.

Le sénateur Phillips: Monsieur le ministre, vous avez dit que la province est en train de mettre au point, avec les médecins, une forme d'arbitrage obligatoire. Votre province a-t-elle eu recours à ce type d'arbitrage auparavant?

M. Desjardins: Oui, en fait, cet arbitrage a été utilisé pour les médecins travaillant pour le gouvernement et qui sont toujours représentés par le même syndicat, l'AMM. Ce n'est pas un complot socialiste; ce sont les médecins eux-mêmes qui ont demandé au gouvernement, il y a quelques années d'instituer ce type d'arbitrage. En fait, les médecins ont menacé de faire la grève et de respecter fidèlement leurs consignes de travail, ce dont on n'avait jamais entendu parler nulle part et personne ne voulait que les choses en viennent là. C'étaient surtout les omnipraticiens qui ont proféré cette menace. Habituellement, les spécialistes ne sont pas en faveur de mesures de ce genre.

[Text]

extra-bill; it did not make sense; if it was binding it had to be binding on both parties, so that you could not be here today or gone tomorrow for a year or two years; they had to stay a certain time. There was an approach by the doctors, the M.M.A., who still want to use that if we would give up extra billing. Well, it is not given up if the act says you cannot extra-bill. We said we would look at it, but also look at other things that concern us. So far we are on pins and needles, but we are talking, and we will look seriously at the possibility of some sort of compulsory binding arbitration, but it would have to be an arbitration award made in Manitoba; it will not be leap-frogging. In other words, the Province will have to pay the bill, so it is not going to be settled in California or somewhere like that.

Senator Phillips: My question concerned other groups. I was thinking of public servants or nurses. Have you used binding arbitration with them, or would doctors be the only ones?

Mr. Desjardins: I thought I answered that in the affirmative. We have even had it with some doctors who are not on fee for service, although we do not find it satisfactory and they let it go. The teachers' organization had binding arbitration and I think they requested to have it done away with. I do not know exactly where it is at this time, but in Manitoba we have had binding arbitration in some areas in the past.

Senator Phillips: Did you keep it?

Mr. Desjardins: Most groups are themselves saying they do not want it.

Senator Haidasz: To what extent is there extra billing in Manitoba, and what is the cost?

Mr. Desjardins: There is very little extra billing in Manitoba. I am pleased to have been asked this question. In principle we do not like extra billing, but in practice it has not been a big problem in Manitoba. We have only about five per cent of doctors who are extra billing, and they are not doing so in every case. The total cost, as best we can discover, is \$1.2 million.

Senator Haidasz: That is for 1983?

Mr. Desjardins: That is our last year. I guess it is.

Senator Haidasz: My second question is along the same lines. Do patients who receive medical services from opted-out medical practitioners get any sort of reimbursement from your medical insurance plan?

[Traduction]

La bataille a été dure au Manitoba. Nous n'étions pas satisfaits de la situation à ce moment-là, et nous avons dit que nous allions étudier certaines conditions. C'était avant le dépôt de ce projet de loi. Il était absolument impensable que quelqu'un demande l'arbitrage obligatoire si les médecins pouvaient se retirer du système et imposer la surfacturation; cela n'avait pas de sens. Si l'arbitrage était obligatoire, il devait l'être pour les deux parties, de sorte que vous ne pouvez pas opter pour une chose une journée et pour une autre le lendemain pendant un an ou deux, il fallait respecter l'entente pendant un certain temps. Les médecins ont adopté une certaine façon de voir les choses; l'AMM veut toujours l'utiliser si nous acceptons d'abandonner la surfacturation. Eh bien, les choses ne peuvent en être ainsi si la loi interdit la surfacturation. Nous avons dit que nous étudierons la situation, mais aussi d'autres questions qui nous touchent. Jusqu'à présent, nous sommes sur des charbons ardents, mais nous discutons, et nous allons étudier sérieusement la possibilité d'un certain type d'arbitrage obligatoire, mais il devrait s'agir de décisions d'arbitrage prises au Manitoba. On ne sautera pas d'un endroit à l'autre. Autrement dit, la province devra payer la facture de sorte que le problème ne sera pas réglé en Californie ou quelque part ailleurs.

Le sénateur Phillips: Ma question concernait d'autres groupes. Je pensais aux fonctionnaires ou aux infirmiers et infirmières. Avez-vous déjà eu recours à l'arbitrage obligatoire pour ces gens-là, ou seulement pour les médecins?

M. Desjardins: Je croyais avoir répondu oui à cette question. Nous avons déjà eu recours à l'arbitrage avec des médecins qui ne sont pas payés à l'acte, nous n'avons pas été satisfaits et ils ont laissé tomber. L'Association des enseignants était soumise à l'arbitrage obligatoire et je crois qu'elle a demandé d'en être dispensée. Je ne sais pas exactement où en sont les choses actuellement, mais au Manitoba, nous avons déjà eu recours à l'arbitrage obligatoire dans certains secteurs.

Le sénateur Phillips: Y avez-vous toujours recours?

M. Desjardins: La plupart des groupes disent qu'ils n'en veulent plus.

Le sénateur Haidasz: Quelle est aujourd'hui l'importance de la surfacturation au Manitoba et combien en coûte-t-il?

M. Desjardins: Il se fait très peu de surfacturation au Manitoba. Je suis heureux que vous me posiez la question. En principe, nous n'aimons pas la surfacturation, mais en pratique, elle n'a pas été tellement problématique au Manitoba. Seulement 5 p. 100 de nos médecins environ pratiquent la surfacturation et ils ne le font pas dans tous les cas. Le coût total, au mieux de ce que nous avons pu découvrir, s'élève à 1,2 millions de dollars.

Le sénateur Haidasz: C'est pour 1983?

M. Desjardins: C'est notre dernière année. J'imagine que c'est le cas.

Le sénateur Haidasz: Ma seconde question se situe dans le même contexte. Les malades qui reçoivent des services médicaux de médecins désaffiliés sont-ils remboursés en quelque sorte par votre régime d'assurance-maladie?

[Text]

Mr. Desjardins: Yes. We do not have the Quebec system. In Manitoba, under our system a doctor could be in the plan and accept as full payment the fees negotiated, or he could be opted-out and not extra-bill—it is a question of principle—or he could be opted-out and extra-bill. If he is in, he is paid directly by the commission; he receives a cheque from the commission. If he is out he bills his patient, whether he is extra-billing or not—I was just billed by an opted-out doctor—but the doctor must let the patient know he is opted-out. There must be a sign in his office. The doctor bills the patient; a copy of the bill is sent to the Manitoba Health Services Commission; the patient is responsible to the doctor, but the patient will be reimbursed by the commission the same amount that would have been received by an opted-in doctor. In other words, the patient has to pay whatever is extra, but is responsible for the full payment to the doctor; there is no assignment in Manitoba.

Senator Haidasz: How recently has anyone in your government been in contact with the Manitoba Medical Association about Bill C-3?

Mr. Desjardins: This is something fairly new. At the ministerial level we regularly meet with the College of Physicians. The M.M.A., who mostly negotiates fees, was discussing that with the commission. At the request of the M.M.A. we are meeting regularly. I think there was a meeting with the doctors about two months ago and we are awaiting the results of that. I do not know whether I can be candid here, but when all the federal political parties agreed, and Mr. Mulroney agreed, to support the bill, I think it took the wind out of their sails, and instead of being united each provincial organization was left on its own. In Manitoba they told us there was no way they were going to strike, but they wanted to discuss it; we took that seriously, and we are having discussions with them to try to arrive at the best deal we can.

Senator Haidasz: Do Manitobans pay a premium for their medical insurance or is it covered from the revenues of the province?

Mr. Desjardins: There has been no premium at all since 1970-71; everything is paid through the Consolidated Fund. I do not want to mislead you. I am now talking about Medicare. We were the first to insure hospitalization for personal care. Now there is a per diem rate, which is what I was talking about earlier. Certainly it is heavily subsidized.

Senator Haidasz: I noted, Mr. Minister, that you expressed concern about the implications of portability. In other words, your government would have to pay, let us say, an Ontario fee to an Ontario doctor who treated a Manitoban in Ontario. Would it be such a big burden on your treasury?

Mr. Desjardins: We do not want to be losers at both ends. If as good citizens we go ahead with the directive of the federal government and outlaw extra billing in our province, and another province, for any reason—I will not attribute

[Traduction]

M. Desjardins: Oui. Nous n'avons pas le système québécois. Au Manitoba, aux termes de notre système un médecin pourrait être affilié et accepter comme plein paiement les taux négociés, ou il pourrait être désaffilié et ne pas pratiquer la surfacturation... C'est une question de principe... ou il pourrait être désaffilié et pratiquer la surfacturation. S'il est affilié, il est payé directement par la Commission; il reçoit un chèque de la Commission. S'il ne l'est pas, il facture son patient, que ce soit de la surfacturation ou non... je viens de recevoir les honoraires d'un médecin désaffilié... mais le médecin doit faire savoir au patient qu'il est désaffilié; il doit y avoir un signe quelconque dans son cabinet. Le médecin facture le patient; une copie de la facture est envoyée à la Manitoba Health Services Commission; le patient doit payer le médecin directement mais la Commission lui remboursera le même montant qu'aurait reçu un médecin affilié. Autrement dit, le patient doit payer toute somme supplémentaire, mais il doit payer le plein montant au médecin; il n'y a pas de cession de créances au Manitoba.

Le sénateur Haidasz: Quand pour la dernière fois des membres de votre gouvernement ont-ils été en contact avec la *Manitoba Medical Association* au sujet du projet de loi C-3?

M. Desjardins: C'est un phénomène assez nouveau. Au niveau ministériel, nous rencontrons régulièrement le Collège des médecins. La MMA, qui négocie surtout les honoraires, en a discuté avec la Commission. A la demande de la MMA, nous nous réunissons régulièrement. Je pense qu'il y a eu une réunion avec les médecins il y a deux mois et nous attendons de voir quels en seront les résultats. Je ne sais si je puis me permettre de parler franchement ici, mais lorsque tous les partis politiques fédéraux se sont montrés d'accord, ainsi que M. Mulroney, pour appuyer le projet de loi, cela leur a coupé l'herbe sous les pieds, et au lieu d'être unies, toutes les organisations provinciales se sont retrouvées seules. Au Manitoba, on nous a dit n'avoir nullement l'intention de faire la grève, mais qu'on voulait en discuter; nous avons pris cela au sérieux et nous discutons avec eux pour essayer de conclure le meilleur marché possible.

Le sénateur Haidasz: Les Manitobains paient-ils une prime pour leur assurance médicale ou est-elle couverte par les revenus de la province?

M. Desjardins: Il n'y a aucune prime depuis 1970-1971; tout est payé par le Fonds consolidé. Je ne veux pas vous induire en erreur. Je parle maintenant de l'assurance-santé. Nous avons été les premiers à assurer l'hospitalisation pour des soins personnels. Il y a maintenant un tarif journalier, dont je vous entretenais plus tôt. Mais il est largement subventionné.

Le sénateur Haidasz: J'ai remarqué, monsieur le ministre, que vous sembliez inquiet au sujet des incidences de la transférabilité. Autrement dit, votre gouvernement devrait payer, par exemple un tarif ontarien pour un médecin de l'Ontario qui a traité un Manitobain en Ontario. Serais-ce un si lourd fardeau pour votre trésor?

M. Desjardins: Nous ne voulons pas être perdant sur les deux plans. Si comme de bons citoyens nous suivons la directive du gouvernement fédéral et proscrivons la surfacturation

[Text]

motives—says no and they are extra billing, and if for Manitobans treated in that province Manitoba would be punished and have to pay more than we would in our own province, we would think that was unfair. Right now, for instance, Canadians from any province who go to the States and are sick in the States pay the same as they would pay in their own province. If the full bill of an extra-billing doctor in another province had to be paid and we were not extra-billing in our province, we would certainly be the loser. We feel that it should be uniform, and if that happens we should be able to add an extra cost. We want to be fair. We want to pay our share, but not necessarily with complications in other provinces.

Senator Haidasz: I read recently that under the B.C. budget they are increasing taxes to pay for their medical services, and Alberta is probably threatening to do the same. Is that impending in Manitoba.

Mr. Desjardins: I have to be careful. I want to be on the safe side with my Minister of Finance. In the province of Manitoba I guess it is a combination of things. Certainly it takes money. We try to spend wisely, like all other provinces. Under the new set-up which came in a couple of years ago we will lose approximately \$700 million in the next five years over what it would have been had there not been a change. I imagine it is part of the deficit as well. In other words, we feel that a deficit is justified to take care of people, to give health care to the people of our province. It might be a combination, with some, but not all of the cost paid through taxes. We are looking at exchanging some programs that might be inadequate or passé. There has been a tendency to ask for new programs and also keep the old ones, but that is costly.

Senator Haidasz: At the present time is there any dispute between the Province and the medical profession about reasonable compensation for the doctors' services?

Mr. Desjardins: Not really. We have almost broken records for settlements in the last two years. Let me say in all fairness, without taking any credit that is not mine, I think that given the uncertainty of this bill and so on, plus, of course, the economic situation in our province, they have been very fair and realistic; there has not been that large an increase. In the last few years they have had a good enough increase. In the government also we are limited. For instance, cabinet ministers have had a reduction in salary, and my deputy minister had a maximum increase of \$2,000 a year. It is pretty well a policy, but the medical profession have gone along with it quite readily. We are very pleased with their attitude on this.

[Traduction]

dans notre province, et si une autre province, pour quelque raison que ce soit—je n'attribuerai pas de motif—refuse de se soumettre à cette directive et qu'on y traitait des Manitobains, le Manitoba serait pénalisé et devrait payer plus qu'il ne le ferait si notre citoyen était soigné chez-lui; nous estimerions que ce serait injuste. À l'heure actuelle, par exemple, les Canadiens de quelque province que ce soit qui se rendent aux États-Unis et y tombent malade paient les mêmes honoraires qu'ils paieraient dans leur propre province. Si les pleins honoraires d'un médecin qui pratique la surfacturation dans une autre province devaient être payés tandis que nous aurions proscrit cette pratique dans notre province, nous serions certainement perdants. Nous estimons que ce devrait être uniforme et que si cela se produit, nous devrions pouvoir réclamer des frais supplémentaires. Nous voulons être justes. Nous voulons payer notre part, sans que cela entraîne nécessairement des complications dans d'autres provinces.

Le sénateur Haidasz: J'ai lu récemment que le budget de la Colombie-Britannique prévoyait une hausse d'impôt pour défrayer les services médicaux, et que l'Alberta menace probablement à l'heure actuelle d'en faire autant. Est-ce bien ce qui vous attend au Manitoba?

M. Desjardins: Je me dois d'être prudent. Je tiens à ne rien dire qui puisse contrarier mon ministre des Finances. Au Manitoba, j'imagine que c'est un mélange de facteurs. Il faut certainement de l'argent. Nous essayons de dépenser sagement, tout comme toutes les autres provinces. Selon les nouvelles dispositions qui ont été prises il y a quelques années, nous perdrons environ 700 millions de dollars au cours des cinq prochaines années en plus de ce que nous aurions perdu s'il n'y avait pas eu de changement. J'imagine que cela fait partie du déficit également. Autrement dit, nous estimons qu'un déficit est justifié lorsqu'il s'agit de prendre soin de la population, de lui accorder des soins de santé. Ce pourrait être par un mélange de sources financières, auxquelles s'ajouterait une partie d'impôt, mais tous les coûts ne devraient pas être employés dans les impôts. Nous songeons à échanger certains programmes qui pourraient être inadéquats ou désuets. On a eu tendance à réclamer de nouveaux programmes tout en voulant conserver les anciens, mais c'est coûteux.

Le sénateur Haidasz: À l'heure actuelle, la province et la profession médicale s'entendent-elles sur une rémunération raisonnable des médecins?

M. Desjardins: Pas vraiment. Nous avons presque battu les records de règlements au cours des deux dernières années. Permettez-moi de dire en toute justice, sans prendre aucun crédit qui n'est mien, que je pense, étant donné l'incertitude de ce projet de loi, en plus bien sûr de la situation économique qui règne dans notre province, que les médecins ont été très justes et très réalistes; l'augmentation n'a pas été si considérable. Au cours des quelques dernières années, ils ont reçu une hausse justifiée. Au sein du gouvernement également, nous sommes limités. Par exemple, les ministres du Cabinet ont connu une réduction de traitement et mon sous-ministre a obtenu une augmentation maximum de 2,000 dollars par année. C'est pratiquement une politique, mais la profession médicale s'y est

[Text]

Senator Haidasz: As far as you know, is the latest stand of the Manitoba Medical Association against compulsory binding arbitration?

Mr. Desjardins: No. A few years ago some organizations representing the medical profession requested compulsory binding arbitration. Indeed, they were doing more than requesting, they were insisting, and in fact at one time there was a work stoppage, although not on the settlement of wages question. As the minister responsible I was not too much in favour of that, I felt it would be an abdication of our responsibility, especially when we are dealing with people who could say they were opted-out; if in certain years, because of economic restraint and so on, they know the amount would be low they could opt out. It is conceivable that one would talk about compulsory binding arbitration—of course, the word “compulsory” is redundant if it is binding—for somebody that could walk out of it, so it would not be binding. Now they say, “Well, that has pretty well gone. We will forget this opting out, this extra billing”, so that makes it a little easier. They very much want it, although there is a small group of specialists who do not like it; there is no doubt about that.

Senator Haidasz: Your government is against compulsory binding arbitration?

Mr. Desjardins: No. I am here to protest against the way it was done, if our understanding is right that a senior government who do not want to discuss it, who want to keep away from open-ended programs, will tell us what it is reasonable to pay the doctors. We think that would be wrong, especially without discussing it with us at all, without our having even seeing the amendment. I did say very clearly that at the request of the M.M.A., the medical profession in Manitoba, we are discussing the possibility of having some form of compulsory binding arbitration in Manitoba.

Senator McGrand: I have two short questions, and all they require are short answers. Does extra billing occur mostly among general practitioners in rural areas or small towns, or is it something you find among specialists?

Mr. Desjardins: I have a very easy and very short answer. It is among the specialists, who are obviously in the cities or larger centres.

Senator McGrand: My second question is this. Is the standard of medical care in the Interlake district of Manitoba equal to the standard of medical care outside the Interlake district?

Mr. Desjardins: The standard of care in the Interlake district is a good as the average outside the Interlake district, except in the cities. I cannot answer for other provinces, but we have in Canada a problem that they have in every country in the world, that doctors want to stay in large centres where

[Traduction]

adaptée assez bien. Nous la félicitons de son attitude sous ce rapport.

Le sénateur Haidasz: D'après vous, la Manitoba Medical Association s'oppose-t-elle à l'obligation d'avoir recours à l'arbitrage obligatoire?

M. Desjardins: Non. Il y a quelques années, les organismes représentant la profession médicale ont demandé l'arbitrage obligatoire exécutoire. En fait, ils faisaient plus que le demander; ils étaient insistants, et il y a même eu à ce sujet un arrêt de travail, qui toutefois n'avait rien à voir avec des considérations salariales. A titre de ministre responsable, je n'étais pas trop en faveur de telles mesures, j'avais l'impression que ce serait une abdication de notre responsabilité, surtout lorsque nous traitons avec des personnes qui pourraient prétendre avoir été obligés de se désaffilier; si au cours de certaines années, en raison de restrictions économiques etc., elles savent que la somme pourrait être peu élevée, elles pourraient se désaffilier. Il est concevable qu'on parle d'arbitrage exécutoire obligatoire. Bien sûr, le terme «obligatoire» est redondant lorsqu'il suit le terme «exécutoire»—car n'importe qui pourrait ne pas s'y soumettre—de sorte qu'il ne serait pas exécutoire. Maintenant les médecins se disent: «Bien, cela a assez bien fonctionné. Nous oublierons cette possibilité de désaffiliation, cette surfacturation», ce qui rend les choses un peu plus facile. C'est ce qu'ils veulent vraiment, mais il y a un petit groupe de spécialistes qui n'est pas de cet avis, cela ne fait aucun doute.

Le sénateur Haidasz: Votre gouvernement s'est prononcé contre l'arbitrage exécutoire obligatoire?

M. Desjardins: Non. Je suis ici pour protester contre la façon dont on a procédé, car le gouvernement central, qui ne veut rien entendre à la discussion, qui refuse d'accepter des programmes ouverts, nous dicte ce qu'il est raisonnable de payer aux médecins. Nous estimons que cette mesure serait erronée, d'autant plus qu'elle n'aurait pas été prise de concert avec nous et que nous n'aurions même pas vu l'amendement. J'ai dit très clairement qu'à la demande de la MMA, la profession médicale du Manitoba, nous discutons de la possibilité d'avoir recours à une certaine forme d'arbitrage exécutoire obligatoire au Manitoba.

Le sénateur McGrand: J'ai deux brèves questions à poser et elles n'exigent que de brèves réponses. La surfacturation est-elle principalement le fait des médecins généraux des régions rurales ou des petites villes ou la retrouve-t-on également chez les spécialistes?

M. Desjardins: J'ai une réponse très facile et très courte à vous donner. On la retrouve chez les spécialistes, qui sont évidemment installés dans les villes ou les grands centres urbains.

Le sénateur McGrand: Voici ma seconde question. La norme des soins médicaux dans la région des lacs du Manitoba était égale à celle que l'on retrouve à l'extérieur de cette région?

M. Desjardins: La norme des soins dispensés dans la région des lacs est aussi bonne que la moyenne des soins administrés à l'extérieur de la région des lacs, sauf dans les villes. Je ne puis répondre pour les autres provinces, mais nous avons au Canada un problème qui se produit dans tous les pays du monde, c'est-

[Text]

there are facilities and they can work with their peers. It is very difficult to get doctors to go up north and so on, so I will not compare the standard to that in the cities, where we have teaching hospitals. I would say that there may be times when they cannot get a doctor in a certain area in the Interlake district, but in general the people of the Interlake are well taken care of.

Senator Wood: I understood you to say a few minutes ago, Mr. Minister, that the extent of extra billing in Manitoba is minimal. How do you keep track of extra billing?

Mr. Desjardins: That is going to be difficult. As we explained to the minister, we want to know where the responsibility will be. It is very difficult for us, and we must rely pretty well on the information we get from the M.M.A. If there is any extra billing, I am certain that the federal government will insist that the onus is on the doctor to give this information, because they will require that information. It is difficult, and we rely mostly on the information that we get from the M.M.A. The commission would not get that. They would say only that the service has performed. The commission does not pay the doctor; it would go to the patient, and whatever extra it costs is a matter between the patient and the doctor. Of course, they cannot just decide to extra-bill; there must be a sign in the office; the patient should be pre-warned of it; then they need a certain time to opt out and opt back in if they change their mind.

Senator Wood: I must be confused about extrabilling. If somebody goes to a physician who is in the system, who has not opted out, and at the reception desk there is a sign which says, "Before you see the physician you must pay \$20," and another sign saying, "If you want your prescription renewed it will cost you \$3. If you want a form signed for your school-child, it will cost you \$10. If you want to have a telephone consultation it will cost you \$10," so it is all spelled out like a menu, what do you call that?

Dr. Desjardins: I hope we do not have too many of those in Manitoba.

Senator Wood: No, this is Ontario.

Dr. Desjardins: Just one correction. That is an opted-out doctor.

Senator Wood: No.

Mr. Desjardins: If he is extra billing he has opted out.

Senator Wood: What do you call these extra charges that the patient has to pay?

Mr. Desjardins: Extra billing in our province.

Senator Wood: So it is extra billing.

Mr. Desjardins: To extra-bill you must also be opted-out.

[Traduction]

à-dire que les médecins préfèrent rester dans les grands centres dotés d'installations et où ils peuvent travailler avec leurs pairs. Il est très difficile de convaincre les médecins de s'installer dans le Nord etc., de sorte que je ne comparerais pas la norme à celle que l'on retrouve dans les villes, où nous avons des hôpitaux d'enseignement. Je pourrais dire qu'il arrive parfois qu'on ne puisse se procurer des services de médecins dans certaines parties de la région des lacs, mais en général la population de cette région est bien desservie.

Le sénateur Wood: Si j'ai bien compris, vous avez dit il y a quelques minutes monsieur le Ministre que la surfacturation n'était pas trop répandue au Manitoba. Comment pouvez-vous le savoir exactement?

M. Desjardins: Ce sera difficile. Comme nous l'avons expliqué au ministre, nous voulons savoir à qui incombe cette responsabilité. C'est très difficile pour nous et nous devons surtout nous fier aux renseignements que nous recevons de la MMA. S'il y a une surfacturation, je suis certain que le gouvernement fédéral insistera pour que le médecin ait la responsabilité de fournir ce genre de renseignements parce qu'il en aura besoin. C'est difficile et nous comptons surtout sur les renseignements que nous recevons de la MMA. La Commission n'aurait pas ce genre de renseignements. Elle dirait uniquement que le service a été dispensé. La Commission ne paie pas le médecin; cette somme irait au patient et quelque soient les coûts supplémentaires ils seront réglés entre le patient et le médecin. Bien sûr, ils ne peuvent décider simplement de surfacturer; il doit y avoir un signe dans le cabinet; le patient devrait être averti; ensuite il leur faut un certain temps pour se désaffilier et se réaffilier s'ils changent d'avis.

Le sénateur Wood: Je crois que ne comprends pas très bien la surfacturation. Si quelqu'un s'adresse à un médecin affilié, et qu'à la réception il voit un signe qui se lit comme suit: «Vous devez payer vingt dollar pour voir le médecin» et un autre signe qui dit: «Si vous voulez que votre prescription soit renouvelée, il vous faudra payer \$3.00. Si vous voulez une formule signée pour votre enfant d'âge scolaire, il vous en coûtera dix dollars. Si vous voulez avoir une consultation téléphonique, ce sera dix dollars». Tout est énuméré comme s'il s'agissait d'un menu, comment appelez-vous cela?

M. Desjardins: J'espère que nous n'en avons pas trop du genre au Manitoba.

Le sénateur Wood: Non, il s'agit de l'Ontario.

M. Desjardins: J'aimerais apporter une petite correction. Il s'agit dans ce cas-ci d'un médecin désaffilié.

Le sénateur Wood: Non.

M. Desjardins: S'il pratique la surfacturation, il est désaffilié.

Le sénateur Wood: Comment appelez-vous ces frais supplémentaires que le patient doit payer?

M. Desjardins: C'est de la surfacturation dans notre province.

Le sénateur Wood: Donc, c'est de la surfacturation.

M. Desjardins: Pour surfacturer, il faut également être désaffilié.

[Text]

The Chairman: In your province.

Mr. Desjardins: In our province, because being opted-in means, "We know your program; we will take your program and take your fees as payment in full."

Senator Wood: That is in Manitoba.

Mr. Desjardins: That is in Manitoba. They have different terms in different provinces. In Quebec it is the same as it is with us, except that if you are opted-out there, as a question of principle you don't extra-charge; the patient again will be paid instead of the doctor for the full amount, but if you extra-charge nobody gets paid, neither the doctor nor the patient gets any remuneration in Quebec if you extra-bill.

Senator Wood: I was talking about the province of Ontario.

The Chairman: We have another witness who will come before us in five minutes. So, Mr. Minister, on behalf of the committee I want to thank you for your very enlightened information. You have given us some food for thought about some of the amendments and another viewpoint on them.

There is one thing I would like to ask your opinion on before you leave us. I noticed that you talked about total health cost down to 40 p. cent federal contribution, but if you keep within the two acts, Medicare and hospitalization, perhaps fifty-fifty. What would be the feeling of the Minister of Health of Manitoba if this committee said that the Canada Health Act is now a misnomer, that it is not broad enough to be called the Canada Health Act, it is really only hospitalization and doctors' fees. There are such things as ambulance fees, drug fees, chronic care, tuberculosis, mental health and so on, which are really health problems, which should be looked at in a federal-provincial conference, and there should be a federal-provincial agreement on how these things can best be put into a comprehensive health care plan for Canada. If we made such a recommendation to the Senate, or set up a committee of the Senate to look into these things and make recommendations to the different ministers, how would you feel about that approach if we came to you with that suggestion?

Mr. Desjardins: I would not have to think very long to support your suggestion one hundred per cent. In fact, I wish the Minister of Health for Manitoba had said that. I think you are absolutely right. This act does not excite us too much in Manitoba, because it was not a problem. At one time the ministers of health said, "Let's make sure, if extra-billing becomes a problem, that we look at it." Then this act came in. I do not want to comment, although like all politicians I guess I could. I think the important thing is to look at the system of health care as I talked about it earlier, from the point of view of prevention, getting away from institutions as much as possible, maybe paying to keep people healthy. We also have to look at others in the health field, not just doctors. That is not an attack on doctors, who are needed. We have to look at other areas.

The Chairman: Home care?

[Traduction]

Le président: Dans votre province.

M. Desjardins: Dans notre province, parce qu'un médecin affilié connaît le programme gouvernemental, y adhère et s'estime pleinement payé par les honoraires qu'il reçoit.

Le sénateur Wood: C'est ce qui se passe au Manitoba.

M. Desjardins: En effet. Les termes varient selon les provinces. Au Québec, c'est la même chose que chez nous sauf qu'un médecin désaffilié là-bas, en principe, ne surfacture pas; le patient sera payé au lieu du médecin à raison du plein montant; mais si le médecin surfacture, personne n'est payé, ni le médecin ni le patient.

Le sénateur Wood: Je parle de la province d'Ontario.

Le président: Nous entendrons un autre témoin dans cinq minutes. Je tiens donc à remercier monsieur le ministre, au nom du Comité, de tous les précieux renseignements qu'il a bien voulu nous fournir. Vous nous avez donné là matière à réflexion, au sujet de quelques modifications désirables et sur d'autres rapports également.

Mais avant de partir, pourriez-vous nous donner votre opinion sur le sujet suivant. Vous avez parlé de la contribution du gouvernement fédéral qui s'élève à 40 p. 100 des soins médicaux, mais si l'on considère les deux lois, sur la santé et sur l'hospitalisation, cette contribution serait peut-être de 50 p. 100. Que penserait le ministre de la Santé du Manitoba, si le présent comité disait que la Loi canadienne sur la santé est présentement mal dénommée, parce que cette appellation est trop étroite, la loi se limitant de fait à l'hospitalisation et aux honoraires des médecins. Or, il existe en outre des frais d'ambulance, les médicaments, les soins chroniques, la tuberculose, la santé mentale et ainsi de suite, qui constituent de véritables problèmes que la conférence fédérale-provinciale devrait étudier, pour ensuite en intégrer les divers éléments dans un programme de services médicaux complet à l'intention de la population canadienne. Que diriez-vous si nous faisions une recommandation en ce sens au Sénat, ou si nous établissions un Comité sénatorial pour étudier la question et faire ses recommandations aux divers ministres?

M. Desjardins: Je n'hésiterais pas longtemps à appuyer entièrement votre suggestion. De fait, j'aurais bien aimé qu'elle vienne de notre ministre de la santé. Je crois que vous avez absolument raison. Cette loi ne nous emballe pas tellement au Manitoba, où cette difficulté ne se pose pas. Le ministre de la santé a dit un jour: «Si la surfacturation devient un problème, alors il faudra l'étudier». Puis cette loi a été adoptée. Je ne tiens pas à faire de remarque, bien que je le pourrais, comme tout autre politicien. L'important est, je crois, d'envisager le régime de soins médicaux du point de vue que j'ai énoncé plutôt, la prévention, et de nous tenir à l'écart des institutions autant que possible, voire même de payer pour maintenir la population en santé. De plus, les médecins ne sont pas les seules personnes en cause. Par ces mots, je n'entends nullement les attaquer nous avons tellement besoin d'eux. Mais il nous faut considérer d'autres aspects.

Le président: Les soins à domicile?

[Text]

Mr. Desjardins: We have the first home care program. It is costly, but it is healthy. We have a volunteer obstetrics program, under which people go home earlier with some help and they are followed through. That is encouraged by the doctors, and there is a lot more co-operation than we had before.

This is not a health act. This is just a question of extra-billing, that is all it is. A health act would look at the cost to see if there is adequate funding, whether it is a partnership and if we are required to do certain things. We have to consider people who will be growing old in a few years; we have to look at mental health, which has been neglected for years. All those things have to be considered, and you are absolutely right to point it out.

The Chairman: You would support it?

Mr. Desjardins: Very much so. In fact, we are starting this kind of review in Manitoba.

The Chairman: Thank you very much, Mr. Minister, for giving us your time in coming to Ottawa.

Mr. Desjardins: Thank you, Mr. Chairman and honourable senators, for your courtesy and patience, and for giving me a chance to talk to you.

The Chairman: Honourable senators, the minister has presented us with this analysis on federal transfers as a proportion of provincial health expenditures. I would suggest, with your approval, that it be appended to today's proceedings. May I have a motion to that effect?

Senator Haidasz: I so move.

The Chairman: Shall the motion carry?

Hon. Senators: Carried.

(For Appendix see page 3A:1.)

The Chairman: Honourable senators, we have with us Dr. R. D. Fraser, Professor of Economics, Queen's University, who has been asked to come here to give us an economic picture of what this bill might mean to the provinces as well as to the federal government.

Perhaps first we could ask Dr. Fraser to tell us his background experience, then make a few comments, if he so wishes, after which we would ask him to answer any questions the committee might have.

Dr. R. D. Fraser, Professor of Economics, Queen's University: Thank you very much, Mr. Chairman. I thought it might be useful to give the committee a brief summary of my background. I was born and raised in Alberta, and obtained my first two university degrees at the University of Alberta, before going to the London School of Economics, where I obtained my Ph.D. in Economics, followings which I took up a position at Queen's University in the Department of Economics, and I have been there since.

My interest in the health care sector began back in 1962, at the stage when Saskatchewan was introducing its Medical Care Plan, which led ultimately to the doctors' strike. Alberta was sitting patiently, or perhaps not so patiently, not doing

[Traduction]

M. Desjardins: Nous disposons du premier programme de soins à domicile. Il coûte cher, mais il est salubre. Nous avons un programme d'obstétrique volontaire, en vertu duquel la patiente rentre très tôt chez elle où une aide lui donne les soins nécessaires. Cette méthode est encouragée par les médecins et nous obtenons beaucoup plus de collaboration qu'autrefois.

Ce n'est pas ici une question de loi sur la santé. C'est uniquement une question de surfacturation. La loi vérifierait le coût des services, la disponibilité des fonds s'il y a une association, s'il y a obligation d'accomplir certaines choses. Mais nous devons penser aux personnes qui vieilliront au cours des quelques prochaines années; aux maladies mentales qui ont été négligées depuis des années, à toutes ces choses, enfin, dont nous devons tenir compte et vous avez absolument raison de signaler.

Le président: Vous appuyeriez donc une telle suggestion?

M. Desjardins: D'emblée. Au fait, nous entreprenons au Manitoba une révision de ce genre.

Le président: Merci beaucoup, monsieur le ministre, de vous être déplacé pour vous rendre à Ottawa.

M. Desjardins: Merci à vous, monsieur le président ainsi qu'à vous, honorables sénateurs, pour la patience et la courtoisie dont vous avez fait preuve à mon égard.

Le président: Honorables sénateurs, le ministre nous a présenté le relèvement des sommes que le gouvernement fédéral accorde aux provinces pour couvrir une partie de leurs frais médicaux. Avec votre approbation, je recommanderais qu'il soit annexé aux délibérations du comité. Quelqu'un veut-il le proposer?

Le sénateur Haidasz: Je le propose.

Le président: La motion est-elle adoptée?

Des voix: Adoptée.

(Voir Appendice page 3A:1.)

Le président: Honorables sénateurs, nous accueillons M. R. D. Fraser, Professeur en sciences économiques à l'Université Queen's, qui esquissera pour nous les répercussions économiques du projet de loi sur les provinces et sur le gouvernement fédéral.

Peut-être conviendrait-il que M. Fraser nous expose son expérience professionnelle, pour ensuite, s'il le juge bon, faire quelques observations. Les membres du Comité pourront ensuite lui poser des questions.

M. R. D. Fraser, professeur en sciences économiques à l'Université Queen's: Merci, monsieur le président. J'ai cru bon de préparer pour le Comité un bref curriculum vitae. Je suis né et j'ai grandi en Alberta; j'ai obtenu mes deux premiers diplômes à l'Université de l'Alberta, avant de m'inscrire au *London School of Economics*, qui m'a décerné un doctorat en sciences économiques. J'ai accepté ensuite, à la Faculté des sciences économiques de l'Université Queen's, un poste que j'occupe encore.

C'est en 1962 que j'ai commencé à m'intéresser au secteur de la santé, au moment où la Saskatchewan amorçait le régime de services de santé qui a suscité par la suite une grève chez les médecins. Durant ce temps, l'Alberta attendait patiemment,

[Text]

anything about it. I guess my concern as an aspiring young economist was to try to shed some light on some of the issues in an attempt to ensure that the next time we had a major discussion there would not be so much emotionalism, but perhaps a little more reasoned discussion. I am not convinced that I have been able to make much of a contribution, nor have others like myself, because it strikes me that many of the decisions we are making now are characterized by a little more emotion and not so much reasoned thought.

While at Queen's my record has been one of producing the typical economist's study of the health care sector, which by and large looks at aggregate data and is concerned with prices, incomes, numbers of patients and so on. In about the mid-1970s, however, I got involved in an Alcoholism Treatment Services Task Force, which was chaired by Dr. John Marshman of the Alcohol Research Foundation in Toronto. I picked that as a turning point in my own career, in thinking about what really were the fundamental problems of our health care sector.

As I now raise the two points I would like to raise you may feel they are not the typical points that an economist would raise, but I would be prepared to answer any questions you might have on some of those other issues of numbers and so on.

There are two major points on which I wish to speak to you briefly. The first matter is a suggested change to one of the subclauses. The second concerns a problem which I am not sure is part of this bill, but it is a suggestion for action on the part of the federal government, and I should like to deal with that second point first, which relates to the second "Whereas" in the preamble, which reads:

—that Canadians, through their system of insured health services, have made outstanding progress in treating sickness and alleviating the consequences of disease and disability among all income groups.

I am not going to dispute that phrase, but am rather going to express my concern that my understanding of our information base that we have in Canada and in the provinces does not allow us to support or refute such a statement.

If I think about the goals that we had as a society in going into our medical care plan, I believe there were several, such as controlling costs and attempting to improve the efficiency of the health care sector. One of them, however, was I think, a concern with what we thought were the lowest socio-economic groups in the society. I take the last phrase, "among all income groups", to be a statement that we really have done something in the way of achieving that objective of helping those who really are at the lowest level of health and/or socio-economic status. I just do not think we are able to collect the data.

In working as a member of the Advisory Council on Occupational Health and Safety for a five-year period in Ontario, and taking on the job of trying to assess how much of the total

[Traduction]

peut-être, pas très patiemment mais elle ne faisait rien à ce propos. J'imagine qu'à titre de jeune économiste j'aspirais à jeter quelque lumière sur certaines des questions en cause afin que, s'il éclatait un jour un autre débat à ce sujet, il ne serait pas entaché d'autant d'émotivité, mais serait plutôt empreint de pondération. Je ne suis pas persuadé d'avoir tellement contribué à la cause, pas plus que d'autres d'ailleurs, car je suis frappé de voir que nombre de décisions que nous prenons aujourd'hui sont beaucoup plus le fruit de l'émotivité que de la raison.

À l'Université Queen's, je me suis consacré à l'aspect économique du secteur de la santé, qui comprend des ensembles de données portant sur les coûts, le revenu, le nombre de patients, et ainsi de suite. Vers le milieu des années 70 cependant, je me suis intéressé au Groupe de travail sur les services de traitement de l'alcoolisme, qui était présidé par le docteur John Marshman de l'*Alcohol Research Foundation* de Toronto. Cette initiative a marqué un tournant dans ma carrière et j'ai commencé une étude poussée des programmes de services médicaux.

Il vous semblera peut-être que les deux questions que je vais examiner ne sont pas typiques d'un économiste, mais je n'en demeurerai pas moins à votre disposition pour répondre aux questions que vous voudrez me poser sur quelque point que ce soit.

Je voudrais donc évoquer brièvement deux principales questions. La première est une modification que je propose d'apporter à l'un des alinéas du projet de loi. La deuxième concerne un problème qui n'est peut-être pas rattaché au projet de loi: c'est en somme une suggestion que je fais au gouvernement fédéral. Je parlerai en premier lieu de ce point, qui se dégage deuxième «attendu» du préambule de la loi, qui se lit ainsi:

—que les Canadiens ont fait des progrès remarquables, grâce à leur système de services de santé assuré, dans le traitement des maladies et le soulagement des infections et des déficiences parmi toutes les catégories socio-économiques.

Je ne vais pas mettre en doute cette phrase mais il n'en reste pas moins que, selon mes connaissances et les renseignements que nous possédons au Canada et dans les provinces, nous ne saurions appuyer ou réfuter une déclaration de ce genre.

Si je songe aux objectifs fixés par notre société au moment où l'on s'est engagé dans les programmes de services de santé, il y en avait plusieurs, par exemple: le contrôle des frais et l'amélioration de l'efficacité du secteur des soins médicaux. L'un d'entre eux, cependant était, je crois, le souci que nous manifestions à l'égard de ce que nous croyions être les groupes sociaux économiques les plus démunis de la société. J'interprète la dernière phrase: «parmi toute les catégories socio-économiques» comme une affirmation que nous avons déjà réussi à aider les couches les plus nécessitantes de la société sur le plan de la santé ou au point de vue socio-économique. Je pense qu'il nous est tout simplement impossible de rassembler les données à l'appui de cette affirmation.

J'ai travaillé cinq ans en Ontario comme membre du Conseil consultatif sur la santé et la sécurité professionnelle afin de déterminer qu'elle fraction de toutes les maladies que nous

[Text]

ill-health that we have in the province was a function of occupational health and safety problems, I got myself involved in looking at the limited data we have on mortality, disability, morbidity and so on by occupational group and by industry. In the end, we do not have the information we would want to have to zero in on just which occupations or which socio-economic groups are really in need of help.

However, there are some data that allow one to draw inferences. There is information from the Workmen's Compensation Board on the causes of death of people who work in different industries. One can move from those data for Canada and look at similar data for other countries and, I think, draw some inferences. If I draw inferences from that, I guess I believe that our state of health in Canada is one that has some occupational groups with a life expectancy, to take one indicator of health status, that is something like six to eight years below the average, and in contrast there are some occupational groups whose life expectancy is probably six to eight years in excess of the average. As I say, there is just no way one can get the answer to the question: Has that divergence between these different states of health changed over the last ten years, or indeed over the last twenty years?

Another piece of information that has recently been published is something that comes from a study in the United Kingdom of the National Health Service there for thirty years, where they have had much more detailed information on health status by different occupational classes. That information suggests that there must be many more important factors than the sheer financial barrier to access to the health care system that actually determine the real health status of the population. They are able to demonstrate that after thirty years of a zero price health care system there has been, if anything, a slight widening of the gap between those you would describe as having the highest socio-economic educational status and those with the lowest.

That is not proof in itself that zero price system lead you the wrong way, although it does trigger the thought, at least in my mind, that one would like to be able to have the information with which to assess whether we are achieving that goal of, as I see it, making it more equal, by bringing up the lower end of the segments of our population that have a low health status. I guess that is a plea for somebody's creativity to suggest that perhaps, as we have gone through this major discussion of our health care system, we might recognize that we have a basic problem in assessing whether we are achieving objectives in that health care sector, and in particular the health status of different segments of our population.

The other point I wanted to speak to was the complexity of this health care system, and in my mind the need for a co-operative reaction to the problems of the health care sector, with the thought that the bill as it stands does not really provide the platform from which to go on into the future and ask provinces, physicians and other health care providers to sit down and argue about some of the basic structural problems of the health care sector which should be addressed. I think there is an appropriate time to do this, because as I look at the health status of our population, especially as it is a function of the age distribution of our population, we are probably going through

[Traduction]

constatons dans la province était imputable à ces deux domaines. Il m'a fallu consulter les données limitées que nous possédons sur la mortalité, l'incapacité, la morbidité etc. par groupe professionnel et par industrie, et je me suis rendu compte que nous ne disposions pas des renseignements qui nous permettraient d'identifier les occupations ou les groupes sociaux économiques qui ont réellement besoin d'aide.

Certaines données nous permettent toutefois de tirer des conclusions. La Commission des accidents du travail possède des données sur les causes de décès dans les différents types d'industrie. À l'aide de ces données et de renseignements similaires établis par d'autres pays, nous pouvons, je crois, conclure que, au Canada, l'espoir de vie est, dans certains groupes professionnels, de six à huit ans inférieur à la moyenne et, par opposition, qu'il est probablement de six à huit ans plus élevé que la moyenne pour certains autres groupes. Comme je l'ai dit tantôt, il est absolument impossible de dire si cette divergence entre les états de santé de divers groupes a changé au cours des dix dernières années, ou encore, des vingt dernières années?

Une étude faite au Royaume-Uni par le Service national de santé au cours des trente dernières années sur l'état de santé de divers groupes professionnels nous livre une foule de renseignements qui nous portent à croire qu'il doit exister des facteurs beaucoup plus importants que le manque d'accès aux soins médicaux pour des raisons financières, qui déterminent effectivement l'état de santé de la population. Cette enquête démontre qu'après trente ans d'un programme de services de santé absolument gratuits, l'écart s'est légèrement agrandi entre ceux dont le statut socio-économique et éducationnel est le plus élevé et ceux dont il est le moins élevé.

Ce qui ne signifie pas, en soi, que les systèmes gratuits sont néfastes mais je suis porté à croire qu'il serait bien intéressant de disposer des renseignements nous permettant d'évaluer si nous atteignons l'objectif, que j'appellerais d'égalisation, qui consiste à relever les couches extrêmes de notre population où l'état de santé est peu florissant. Cela veut dire que nous éprouvons de la difficulté à évaluer si, avec ce programme de services de santé, nous atteignons vraiment les diverses couches de notre population.

L'autre question dont je voulais parler est la complexité de ce régime de soins médicaux et le besoin de la coopération de tous pour résoudre les problèmes de santé, vu que le projet de loi, sous son libellé actuel, ne constitue pas une base appropriée sur laquelle nous pouvons nous appuyer pour demander à l'avenir aux provinces, aux médecins et à d'autres pourvoyeurs de soins médicaux, de discuter certains problèmes fondamentaux de structure inhérents au domaine de la santé. Le moment de nous entretenir à ce sujet est je crois arrivé. En effet, l'état de santé de notre population est fonction de l'âge de ses couches

[Text]

a period of time in which the demand or the real need for health care is at about the lowest level it would be for a long time.

The post-war baby boom created a tremendous demand for health services back in the 1950s and very early 1960s, but then with a very sharp drop in the birth rate that kind of requirement for health care was not there. That same post-war baby boom group are now, I believe, aged 20 to 35, which are relatively healthy ages, and they are not making very great demands on the health care system. As one plots that group through and looks at the ages of the other segments of the population, we have about five to ten years in which we can put our act together to face what should be tremendous increases in the demand for health care.

Senator McGrand: Would you enlarge on that a bit? Five or six years from now what would expect?

Dr. Fraser: I guess I am looking at the continuing evidence we have on the fertility rate and the fact that we still yet have not had what some expected was going to be a second post-war baby boom as a result of all the females born in the original one that went from 1947 to 1962. We are not seeing that, so the largest part of the population is still in what are relatively health years, and it is only as we begin to get towards the end of the century that we begin to see these tremendous increases in the number of persons over age 65, and of course correspondingly over age 75, where traditionally the demands for health care have been very high. For a Minister of Health or Deputy Minister of Health, somebody who has to cope with relatively constrained budgets, to make that statement must tend to send sparks flying, but if sparks are flying now I think they will be magnified by a factor of whatever in ten to fifteen years.

This concern is that it is a very complex system that we have, and in thinking about how to improve our health care system I guess I think it is probably not sensible to lock off and say something is non-negotiable, because there may be circumstances in which you would want to negotiate that in order to get something else.

I have two examples. One has to do with the availability of services. There was a question raised on this at the end of the last witness's testimony. I have done a fairly detailed piece of work on the distribution of physicians by province, according to whether they are general practitioners or specialists, and according to whether they work in urban or rural centres. As you can imagine, there is a tremendous disparity as you go from province to province and as you move from the general practitioner to the specialist.

Senator Marshall: Could we have that breakdown? Not right now, but afterwards.

Dr. Fraser: You certainly could. It is a fairly detailed table. Looking at it roughly, it is something like a factor of three amongst the provinces if you take an urban setting with respect to specialists compared with a non-urban setting. I could leave that with you.

[Traduction]

constituantes et nous sommes probablement en train de franchir une période où la demande ou encore, le besoin effectif de soins médicaux, se trouve à un niveau tellement bas qu'on ne risque pas de l'y retrouver d'ici peu.

L'explosion des naissances après la guerre a créé une énorme demande de services médicaux dans les années 50 et dans les premières années de la décennie 60. Mais il s'est produit ensuite une chute abrupte du taux des naissances qui a supprimé ce besoin de soins médicaux. Les bébés de cette explosion d'après-guerre sont maintenant âgés de 20 à 35 ans, âge où la santé est relativement bonne et où les usagers n'exercent pas de demandes indues sur le régime de santé. Compte tenu de ce fait et étant donné l'âge des autres groupes de la population, nous disposons d'un délai de cinq à dix ans pour nous préparer à assumer les coûts de l'augmentation massive de la demande qui s'annonce en matière de soins de santé.

Le sénateur McGrand: Pouvez-vous développer ce point? Que prévoyez-vous d'ici cinq ou six ans?

M. Fraser: Je base mon hypothèse sur le fait que les taux de fécondité se maintiennent et que nous n'avons pas encore connu la deuxième explosion démographique d'après-guerre qui aurait dû survenir étant donné le nombre de femmes nées pendant la première explosion, soit entre 1947 et 1962. Le phénomène ne s'est pas encore produit ce qui fait que la majorité de la population est encore relativement en santé et ce n'est que vers la fin du siècle que le nombre des personnes âgées de plus de 65 ans, et par conséquent celles aussi de plus de 75 ans, augmentera considérablement. Ce groupe exige habituellement beaucoup plus de soins de santé. Quand un ministre ou un ministre adjoint de la santé fait une déclaration de ce genre, alors qu'il dispose de budgets relativement serrés, cela crée des remous, mais le problème s'aggraverait d'ici dix à quinze ans.

Nous nous inquiétons parce que notre système est très complexe et quand nous cherchons à améliorer les soins de santé, j'estime qu'il n'est pas censé de durcir sa position et de dire qu'un aspect du système n'est pas négociable, parce qu'il se peut, dans certaines circonstances, qu'on soit obligé de négocier pour obtenir autre chose.

Voici deux exemples. Le premier traite de la disponibilité des services. Une question a été posée à ce sujet à la fin du dernier témoignage. J'ai établi des statistiques assez détaillées sur la répartition des médecins par province, selon qu'ils sont généralistes ou spécialistes et selon qu'ils travaillent dans des centres urbains ou ruraux. Comme vous pouvez l'imaginer, les disparités sont énormes d'une province à l'autre entre les généralistes et les spécialistes.

Le sénateur Marshall: Pouvez-vous nous donner cette ventilation un peu plus tard?

M. Fraser: Certainement. C'est un tableau assez détaillé. Dans l'ensemble, les provinces comptent trois fois plus de spécialistes dans les centres urbains qu'en milieu rural. Je pourrai vous laisser le tableau.

[Text]

If I think about the barriers to access to the health care system, and as I try to explain why it is that we have some people with very low levels of health, who suffer many episodes of ill-health, and yet do not access the system until it is almost too late, the nursery story of Humpty-Dumpty falling off the wall often comes to my mind with respect to some of the individuals who come into our health care system in their late fifties or early sixties and require one major hospitalization episode after another, with, as I see it, not an easily demonstrated impact on the longevity of their lives.

What are the things that constrain those people from coming to the health care system in the first place? I imagine the financial barrier has to be one thing at some stage. But I say more important than that is the sheer availability of resources. I think an equally important one is a background of information as to what the health care system can or cannot do for an individual.

I can conceive of a Province sitting down and saying, "We have a population that is fairly widely spread in particular pockets, and our problem is availability of resources." If we look at our current situation, we have a great number of physicians and hospital beds in some of the major metropolitan areas, but we have very little outside. If they thought about equal access, what they might decide was appropriate would be to try to share some of the burden of funding care in the urban centres in order to provide more care, more availability of care, to some of their more rural or isolated areas.

I can also see a province deciding on the extra-billing issue, which is a tremendously emotive one, that it might be prepared to negotiate with physicians to have set up in the province a series of community health clinics, for example, such as were described at length by Dr. John Hastings to the House of Commons committee, perhaps with a special interest in prenatal/well-baby care for young mothers. I can see that producing a change in the health status of individuals that would more than offset what you might expect to be problems associated with extra billing, as long as extra billing was within a fairly narrowly defined set of limits, as I believe is the case in Nova Scotia, where there is a limit of 100 per cent of the fee, and you can only move from the 85 per cent that the province reimburses to 100 per cent.

I can see many situations where you might want to negotiate with physicians a change in the structure of the health care system that you thought was going to get at particular segments of the population at risk and provide them with care, and you would be prepared, as I say, to go forward with some of the problems that are associated with either user charges or extra billing.

What I am suggesting about where we go from here is that, if we are going to think about trying to improve the health care sector we ultimately require physicians and other health care providers to sit down with provincial governments and begin talking about how they carry on working and improving the health care sector in each province. I would hope the federal government would be prepared to listen to a case that said, "You are concerned with accessibility and so on. Here is what

[Traduction]

Quand je songe aux barrières qui restreignent l'accès au système de soins de santé et que je tente d'expliquer pourquoi certaines personnes en très mauvaise santé et qui sont souvent malades, ne s'adressent aux médecins que lorsqu'il est trop tard, je pense à Humpty-Dumpty qui tombe de son mur; il me rappelle certaines personnes qui ont besoin de soins de santé à la fin de la cinquantaine ou au début de la soixantaine et qui doivent être hospitalisées à maintes reprises pour des maladies assez graves sans qu'il soit, à mon avis, facile de démontrer qu'ils vivront plus longtemps.

Qu'est-ce qui empêche ces gens de s'adresser au régime de santé dès le début? J'imagine que des facteurs d'ordre financier ont une incidence à un moment donné. Mais je crois qu'il s'agit davantage d'un problème de disponibilité des ressources. Et je crois par ailleurs que ces personnes ne disposent pas des renseignements voulus pour savoir ce que le régime de soins de santé peut faire pour elle.

Je conçois bien qu'une province puisse dire: «Nous avons une population qui est plutôt concentrée dans certaines localités et nous avons un problème de disponibilité de ressources». Nous constatons aujourd'hui que nous avons un grand nombre de médecins et de lits dans les hôpitaux des principaux centres métropolitains, mais que nous en manquons ailleurs. Si la province se préoccupait de l'égalité d'accès, elle pourrait décider qu'il serait approprié de partager le fardeau du financement des soins de santé dans les centres urbains afin d'améliorer l'accès aux soins dans certaines régions rurales ou isolées.

Je vois aussi comment une province pourrait régler la question de la surfacturation, question qui est chargée d'émotions, en acceptant de négocier avec les médecins pour créer dans la province une série de cliniques communautaires de santé, par exemple celle décrite par M. John Hastings au Comité de la Chambre des communes, et qui pourraient se spécialiser dans les soins prénataux et les soins aux nourrissons des jeunes mères. Je conçois que cela puisse améliorer la situation des particuliers sur le plan de la santé parce que cela compenserait largement les problèmes normalement associés à la surfacturation pourvu que celle-ci ne déborde pas de limites relativement étroites, comme c'est le cas en Nouvelle-Écosse, je crois, où le médecin peut se faire rembourser par la province les honoraires prévus dans le barème et par le patient, les montants supérieurs au barème.

Dans plusieurs cas, la province pourrait décider de négocier avec les médecins pour obtenir une modification de la structure du système de soins de santé de façon à rejoindre des groupes particuliers de la population et leur fournir des soins et elle serait alors disposée, comme je l'ai dit, à accepter certains problèmes associés aux frais modérateurs et à la surfacturation.

D'après moi, si nous voulons améliorer les soins de santé, nous devons admettre la nécessité pour les médecins et autres praticiens de la santé de s'asseoir avec les représentants des gouvernements provinciaux pour discuter de leurs conditions de travail et des façons d'améliorer les soins de santé dans chaque province. J'ose espérer que le gouvernement fédéral serait disposé à écouter si on lui disait «Vous vous inquiétez de l'accès, etc. Voici ce que nous allons faire et nous croyons que

[Text]

we are going to do, and we think it more than offsets the damage that will be done by having user fees of a particular amount."

I have therefore suggested that clause 20(7) should be replaced by the following:

Nothing in this section nor in any other shall operate as to limit the power of the Governor in Council to amend, vary, or repeal any such order in light of contractual arrangements or other agreements with the government of a province which varies its plan so as to better conform to either the details or the objectives of the criteria set forth in sections 8 to 12.

Clearly stated, it in effect would say that the federal government, the Governor in Council, does have the right to hear a case and talk with the Province, and in a particular case might be prepared to amend, vary or alter the preceding sections of the bill.

About ten days ago we had a little medical care conference at Queen's University. One of the physicians there was describing the situation in Alberta when Medical Services Incorporated was the principal medical care plan, and the kind of monitoring that was done by physicians of each other. In effect, there was a fixed pool of premium income that existed for the next year, so each physician had an incentive or interest in ensuring that other physicians did not use up all the money by giving services that were not really required. They had a fairly sophisticated, detailed and comprehensive utilization monitoring program. The physician from Alberta described the situation then as one wherein when physicians at the monitoring centre would call up Harry in Lethbridge and say, "Harry, you are doing too many urinalyses according to our data," Harry would say, "Oh, am I?" and would be prepared to respond, because it was one physician to another. Whereas today, he said, to somebody from the Government of Alberta, with probably an equally sophisticated, comprehensive monitoring scheme, Harry would say in response to the same comment, "All my patients needed it." That sort of situation is not easy to overcome if physicians are really in conflict with the government.

In my judgment, physicians have to be involved intimately in organizing the health care system, particularly in looking at what they do in carrying out their daily practice of care, whether it is in the ambulatory care setting or the hospital setting.

I have gone on too long, Mr. Chairman.

The Chairman: Thank you, doctor. Perhaps I could ask you a couple of simple questions which call for simple answers. Has your amendment, as you see it, gone beyond the jurisdiction of the Medicare act as we know it today and the Hospital Insurance and Diagnostic Services Act today when you are asking for expansion beyond section 15 to all sections of the act? You are definitely giving more power to the Governor in Council than existed in the past and putting restraints on provincial governments which they have not had in the past, because with that amendment you are not only adding section 15, which was the original section, but the other sections which you say the Governor in Council can overrule. You are really changing the

[Traduction]

cela compensera largement les dommages causés par les frais modérateurs».

J'ai donc proposé que le paragraphe 20(7) soit remplacé par ce qui suit:

Aucun article, y compris la présente disposition, n'a pour effet que de limiter le pouvoir du gouverneur en conseil d'amender, de modifier ou d'annuler un tel décret à la lumière d'accords contractuels ou autres ententes avec le gouvernement d'une province qui modifie son régime de façon à le rendre plus conforme aux détails ou aux objectifs des critères énoncés aux articles 8 à 12.

En clair, cet article prévoit que le gouvernement fédéral, le gouverneur en Conseil—a le droit d'entendre une affaire et de négocier avec une province et dans un cas particulier, d'amender ou de modifier d'autres articles du projet de loi.

Il y a dix jours environ, nous avons eu une conférence sur les soins médicaux à l'Université Queen's. Un des médecins y a décrit la situation qui prévalait en Alberta quand *Medical Services Incorporated* était le principal régime de soins de santé et où les médecins se surveillaient les uns les autres. En fait, pour une année, il existait des réserves fixes de primes, de sorte que chaque médecin était incité à veiller à ce que les autres médecins n'épuisent pas cette réserve en fournissant des services qui n'étaient pas réellement nécessaires. Ils avaient mis en place un programme de surveillance très perfectionné, détaillé et global. Ce médecin de l'Alberta a donné l'exemple d'un cas où les médecins du centre de surveillance appelaient Harry, à Lethbridge, en lui disant «Harry, nos données révèlent que vous effectuez trop d'analyses urologiques». Harry répondait: «Est-ce vrai?». Et il acceptait de leur répondre parce qu'il avait affaire à des collègues. Aujourd'hui par contre, a-t-il ajouté, Harry répondrait à un représentant du gouvernement de l'Alberta dans le cadre d'un programme aussi perfectionné et aussi global de surveillance: «Tous mes patients en avaient besoin». Ce genre de situation n'est pas facile à surmonter si les médecins sont en conflit avec le gouvernement.

A mon avis, les médecins doivent participer directement à l'organisation du régime de soin de santé tout particulièrement en ce qui concerne leurs pratiques quotidiennes, dans le cas de traitements ambulatoires ou de soins en milieu hospitalier.

J'ai abusé de la patience du Comité, monsieur le président.

Le président: Merci, docteur. Permettez-moi de vous poser quelques simples questions qui demandent des réponses simples. Croyez-vous que votre amendement va au-delà de la Loi sur les soins médicaux et de la Loi sur l'assurance-hospitalisation et les services diagnostiques telles qu'elles existent aujourd'hui lorsque vous demandez que les pouvoirs du gouverneur en conseil débordent l'article 15 et s'appliquent à tous les articles de la loi? Vous donnez certainement plus de pouvoirs au gouverneur en conseil qu'il n'en avait dans le passé et vous imposez aux gouvernements provinciaux des restrictions qui n'existaient pas avant cet amendement, parce que vous ajoutez

[Text]

whole idea of Medicare in Canada and the Hospital Insurance and Diagnostic Services Act with that amendment. You are taking away the power of the provinces and giving it to the Governor in Council, or the Government of Canada.

Dr. Fraser: I see what you are saying. Somebody more experienced than I should redraft the amendment so that it does not do that, but so that it provides for a province to be able to put a case saying, "If we look at our population and we are concerned with the health status of those people who now have a life expectancy six years below the average, or have some other set of health care problems, we want to be able to take resources and move them to those people, and in order to get those resources we want to be able to share the burden of the provision of care in an urban setting." There should be some kind of window that allows them to present that case.

The Chairman: What you are really saying is that the federal and provincial governments should get together through their health ministers and take a look at the total health package and come to an agreement on how these things can be done. What we are actually doing in the Canada Health Act, as I understand it, is amalgamating the old act, the Hospital Insurance and Diagnostic Services Act and the Medicare act into one act called the Canada Health Act, with the ruling out of extra billing in a form that is very clear and distinct with a panel. That is the only real change we are making. We are not taking away powers from the provincial governments or giving more powers to the federal government. We are using the powers that are there. If we are going to start changing the power structure with your amendment, then I think the system of provincial jurisdiction health care would be criticized severely for recommending that the federal government give the Governor in Council powers in respect of all sections.

Dr. Fraser: I think I understand what you are saying. I would say, however, that I think the emotion associated with these two things, extra billing and user fees, is a force that could be captured to help do something good and valuable in the individual health care sectors that we have. Is there a way in which this can be qualified so that it applies principally to section 15 on extra billing?

The Chairman: Clause 20(7) says:

Nothing in this section restricts the power of the Governor in Council to make any order under section 15.

My second question is this. Do you as an economist think the passing of this act will cost the provinces more money to operate their health plans than would be the case if act were never passed? Will it cost the federal government more money because this act is passed than it would if it were never passed? In other words, will there be an extra financial burden put on the federal government because of this act, and will there be an extra financial burden put on the provinces because of the

[Traduction]

non seulement l'article 15, l'article original, mais d'autres articles que vous permettez au gouverneur en conseil de modifier ou d'abroger. Avec cet amendement, vous modifiez en réalité tout le système des soins médicaux au Canada et la Loi sur l'assurance-hospitalisation et les services diagnostiques. Vous privez les provinces de pouvoirs que vous donnez au gouverneur en Conseil ou au gouvernement fédéral.

M. Fraser: Je comprends ce que vous dites. Il faudrait demander à quelqu'un qui a plus d'expérience que moi de modifier le libellé de l'amendement pour qu'il n'en soit pas ainsi, mais qu'il permette à une province de dire: «Si nous examinons les statistiques sur notre population et que nous nous inquiétons de la santé de ces personnes qui ont une espérance de vie de six ans inférieure à la moyenne ou qui ont d'autres problèmes de santé, nous voulons pouvoir prendre une partie de nos ressources et les leur consacrer et, pour ce faire, nous voulons pouvoir partager le fardeau des soins en milieu urbain». Il devrait leur être possible de présenter leur cas de cette façon.

Le président: Ce que vous dites en réalité c'est que les gouvernements fédéral et provinciaux doivent se rencontrer, par l'entremise de leurs ministres de la Santé, et examiner le régime dans son ensemble et en arriver à un accord. Ce que nous faisons en réalité avec la Loi canadienne sur la santé, si j'ai bien compris, c'est d'amalgamer l'ancienne loi, la Loi sur l'assurance-hospitalisation et les services diagnostiques et la Loi sur les soins médicaux, en une seule loi appelée Loi canadienne sur la santé de façon à interdire clairement la surfacturation. C'est le seul changement que nous apportons en réalité. Nous n'enlevons pas les pouvoirs des gouvernements provinciaux pour en donner davantage au gouvernement fédéral. Nous utilisons les pouvoirs qui existent déjà. Si nous essayons de modifier la répartition des pouvoirs au moyen de votre amendement, je crois alors que la compétence provinciale dans le domaine de la santé sera sévèrement menacée si l'on recommandait que le gouvernement fédéral donne au gouverneur en conseil des pouvoirs à l'égard de tous les articles du projet de loi.

M. Fraser: Je crois vous comprendre. J'ajouterais toutefois que l'émotivité que soulèvent ces deux éléments, la surfacturation et les frais modérateurs, constitue une force qui pourrait être harnachée pour accomplir des progrès valables dans le secteur des soins de santé. Peut-on modifier l'amendement de sorte qu'il s'applique principalement à l'article 15 qui traite de la surfacturation?

Le président: Le paragraphe 20(7) est libellé comme suit:

Le présent article n'a pas pour effet de limiter le pouvoir du gouverneur en conseil de prendre le décret prévu à l'article 15.

Ma deuxième question est la suivante. Croyez-vous, en tant qu'économiste, que l'adoption de cette loi obligera les provinces à dépenser davantage au titre des régimes de santé que si la loi n'était pas adoptée? Si cette loi est adoptée, en coûtera-t-il davantage au gouvernement fédéral? Autrement dit, est-ce que l'adoption de cette loi imposera un fardeau financier additionnel au gouvernement fédéral et aux provinces? Nous savons que si la surfacturation est éliminée il y aura probablement

[Text]

act? We realize that if extra billing is done away with there might be an increase in fees. Other than that, is there any extra burden put on the provinces with this legislation?

Dr. Fraser: To me that is something that is highly dependent on the decisions made at the provincial level. I do not think I could do anything but speculate.

The Chairman: What about the federal government? Will it cost the federal treasury more money because of this legislation?

Dr. Fraser: I would say that is the outcome of a political process. If people finally think their positions have been done in by this they may be prepared to go along with a policy that awards physicians a higher fee increase than would otherwise be the case.

Senator Marshall: My questions will probably be outside the bill. I was interested in some of your remarks, doctor, having to do with the problems we will be facing as our population ages. You indicated you have a breakdown of the number of doctors in urban and remote areas. I would like to get your opinion on home care. How expensive is it to keep patients in the home and offering care of that type? Are the Provinces using that to any great extent?

Dr. Fraser: Ontario, which is the province I am principally familiar with, has been expanding its home care program at an enormous pace. I think they are discovering that there are all kinds of people in society who can benefit from both a home care program as well as in hospital beds which are thereby not being used for that purpose.

Senator Marshall: So you feel that in the overall picture there would be a saving.

Dr. Fraser: The initial thought is, "If we have a home care program we will forestall people from going into the hospital and/or permit them to come out of the hospital earlier and/or allow them to get hospital services on a day-patient basis." I think there is some limited evidence that with some special categories of patients that indeed happens, but in general what they are finding is that there is a large category of persons in society that is able to benefit from a home care program. It is as if there is a new clientele being served by this program.

Senator Marshall: What comes to my mind is the Aging Veterans Program of the Department of Veterans Affairs, which is proving very successful, although there are limits to its success, because bureaucracy gets in the way. In your studies have you looked at the Aging Veterans Program as a model?

Dr. Fraser: No, I am sorry, I have not.

Senator Marshall: Why not? I know it is none of my business, but would you not look at something that must have been started and put into practice to a limited extent, to see how it would apply across the country?

Dr. Fraser: I am sorry, but I have limited time, there is an indefinite number of things to study in the health care sector and that is not one I have gone into. The knowledge I have of

[Traduction]

une agumentation des honoraires. Exclusion faite de cela, est-ce que cette loi imposera un fardeau additionnel aux provinces?

M. Fraser: A mon avis, cela dépend largement des décisions que prendront les provinces. Je pourrais au mieux spéculer.

Le président: Qu'en est-il du gouvernement fédéral? Est-ce que l'adoption de cette loi imposera au Trésor fédéral des coûts additionnels?

M. Fraser: Je dirais que c'est l'issue d'un processus politique. Si les gens finissent par se sentir lésés, ils seront peut-être disposés à reconnaître une politique qui rapporte aux médecins une augmentation d'honoraires plus élevée que ce serait le cas autrement.

Le sénateur Marshall: Mes questions déborderont probablement le cadre du projet de loi. Je m'intéresse à ce que vous avez dit, docteur, concernant les problèmes auxquels nous ferons face au fur et à mesure que la population prendra de l'âge. Vous avez dit que vous aviez une répartition quant au nombre de médecins dans les régions urbaines et dans les régions éloignées. J'aimerais connaître votre opinion sur les soins à domicile. Est-il coûteux de garder des malades à la maison et de leur offrir ce type de soins? Les provinces recourent-elles à ce moyen dans une bonne mesure?

M. Fraser: L'Ontario, soit la province que je connais la mieux, a élargi très rapidement son programme de soins à domicile. Je pense qu'on découvre qu'il y a dans la société toutes sortes de personnes auxquelles les soins à domicile peuvent convenir aussi bien qu'un lit à l'hôpital, ce qui permet d'utiliser les lits d'hôpitaux pour d'autres.

Le sénateur Marshall: Vous estimez donc que dans l'ensemble, on ferait des économies.

M. Fraser: Pour l'essentiel, on se dit qu'avec un programme de soins à domicile, les gens ne sont pas inutilement hospitalisés ou peuvent sortir de l'hôpital plus tôt ou devenir des patients de jour. Certaines données, limitées toutefois, indiquent que cela se produit effectivement dans certains cas précis; mais, de façon générale, on a découvert que bon nombre de personnes pouvaient profiter d'un programme de soins à domicile. C'est comme s'il y avait une nouvelle clientèle pour ce programme.

Le sénateur Marshall: Je pense au programme des anciens combattants vieillissants du ministère des Affaires des anciens combattants, qui se révèle une réussite, quoique limitée à cause des difficultés que fait l'administration. Dans vos études, vous êtes-vous penché sur le modèle du programme des anciens combattants vieillissants?

M. Fraser: Malheureusement non.

Le sénateur Marshall: Pourquoi? Je sais que ce n'est pas de mes affaires, mais pourquoi ne pas examiner un programme déjà éprouvé dans une certaine mesure pour voir comment il pourrait s'appliquer dans l'ensemble du pays?

M. Fraser: Je suis désolé, mais mon temps est limité et j'ai différentes choses à étudier dans le secteur des soins de santé et je ne me suis pas penché sur celle-là. Ce que je connais des

[Text]

the homecare programs comes as a result of some work that I did with respect to eligibility criteria in Ontario, especially on the issue of trying to harmonize what was going on under a program funded by the Ministry of Health and a program funded by the Ministry of Community and Social Affairs of Ontario.

Senator Marshall: Would you get hold of that program and look at it? It is not very complicated.

Dr. Fraser: I will take a look at it.

Senator Marshall: Why are not records kept of people who are experienced, such as nurses, who decide to retire or marry and then in later years are ready to go back to work to participate in home care, which I think will be the answer in the years to come? I can think of experienced medical people who served in the army who are retired, not only doctors but N.C.Os who have some professionalism. That would seem to me to be a source of care personnel that would eventually keep costs down. I heartily agree with you that in the next twenty years we will have an overall aging problem, and chronic care and home care will be multiplied a hundred per cent.

Dr. Fraser: I read in a weekend paper about the rapid growth of a physician's assistant program in the States. I think 65 per cent of health science centres now have training programs for physicians assistants. I can imagine that there will be quite a demand for health care personnel, I would think, at both that level and other levels as well.

Senator Marshall: Paramedic perhaps.

Dr. Fraser: Yes. One of the things I have found interesting in the discussion to date is this almost implicit assumption that one is either well or unwell. We conducted a six-month study, a pilot project, a health survey of Canadians, in 1978, which I believe ran from July to December, and the findings suggest, if we trust the accuracy of the respondents, that 82 per cent of Ontario residents saw a physician in the course of a year. Relating that to the evidence we have from some of the higher income areas in the United States, jurisdictions that would have populations of the size of all of Canada or one of our more populous provinces, there are states whose population/patient ratio is about half of ours in Canada.

Everything I have done in the system suggests that health care is not a black and white issue, but is something that is almost infinitely expandable, at least within the relevant length of time, so at this stage in Canada we are concerned in our provinces with controlling the number of CAT scanners that are around. In other jurisdictions they are concerned with the spread of N.M.R. machines, which instead of costing \$1 million or \$1.5 million a shot cost \$3.5 million to \$4 million, and in some senses, as I understand the issue, they are probably superior to the CAT scanner in that they do not invade the body with some foreign substance; rather, they just pick off radiation coming from parts of the body. There is no evidence I know of that the CAT scanner has any deleterious impact, yet somebody will say there is a little invasion that is going on.

[Traduction]

soins à domicile provient de travaux que j'ai effectués concernant le critère de l'admissibilité en Ontario, notamment en vue d'essayer de concilier un programme financé par le ministère de la Santé et un programme financé par le ministère des Affaires sociales et communautaires de l'Ontario.

Le sénateur Marshall: Examinez-vous ce programme? Ce n'est pas très compliqué.

M. Fraser: J'y jeterai un coup d'œil.

Le sénateur Marshall: Pourquoi ne tient-on pas de dossiers sur les personnes d'expérience comme les infirmières qui décident de se retirer ou de se marier puis de revenir plus tard dans le domaine des soins à domicile, ce qui sera la solution de l'avenir, selon moi? Il y a des personnes qui ont servi dans l'armée et qui sont à leur retraite—non seulement des médecins, mais aussi des non officiers—et qui ont une expérience professionnelle dans le domaine de la médecine. Il me semble qu'ils pourraient être intégrés au personnel de la santé et permettraient de réaliser des économies. Je reconnais parfaitement que, d'ici vingt ans, nous aurons un problème de vieillissement et que les soins chroniques et les soins à domicile seront multipliés par cent.

M. Fraser: J'ai lu un article en fin de semaine au sujet de la croissance rapide d'un programme de formation d'aides-médecins réalisé aux États-Unis. Je pense que 65 p. 100 des centres de sciences de la santé ont maintenant des programmes de formation d'aide-médecins. J'imagine qu'il y aura une grande demande de personnel de soins de santé, à ce niveau et à d'autres.

Le sénateur Marshall: Peut-être au niveau paramédical.

M. Fraser: L'une des choses que je trouve intéressante dans la discussion que nous avons eue jusqu'à maintenant, c'est cette opinion presque implicite selon laquelle on est ou bien en santé, ou bien malade. En 1978, de juillet à décembre, je crois, nous avons mené une enquête de six mois auprès des Canadiens; si les répondants ont dit vrai, 82 p. 100 des résidents de l'Ontario consultent un médecin au cours d'une année. D'après les données que nous avons sur certains secteurs à revenu élevé des États-Unis, où la population égale celle de l'ensemble du Canada ou de l'une de nos provinces les plus peuplées, il y a environ deux fois moins de malades qu'au Canada par rapport à l'ensemble de la population.

D'après mon expérience au sein du régime, la structure des services médicaux n'est pas définitive car des modifications considérables peuvent avoir lieu dans le temps. A ce stade-ci, au Canada, nous nous préoccupons dans les provinces de contrôler le nombre d'appareils de tomographie axiale informatisée. Dans d'autres provinces, on se préoccupe de la propagation des appareils de tomographie à résonance magnétique nucléaire qui, au lieu de coûter 1 million ou 1,5 million de dollars, en coûtent 3,5 ou 4. Je crois comprendre qu'à certains égards, ils sont probablement supérieurs aux appareils de tomographie axiale informatisée en ce qu'ils n'injectent aucune substance étrangère dans le corps, ne faisant que détecter les radiations de certaines parties du corps. A ma connaissance,

[Text]

Similarly with ultrasound, there is a little invasion of sound going on. With the nuclear magnetic resonance machine there is not. If you have lots and lots of money, perhaps instead of putting somebody with a migraine headache into a CAT scanner to see whether there was a brain tumour, that person should be put through an N.M.R. machine. As we become a wealthier society, I suspect we will indeed put more money into our health care sector.

Senator Marshall: And into space, missiles and laser beams.

Senator McGrand: I will begin where you left off, when you said as we become wealthier we must put more money into our health system. Will we put it into trying to cure people of diseases they have, or will we spend it in preventive fields to prevent people from developing and continuing to develop serious medical conditions? We know that smallpox has gone; diphtheria has almost gone; a lot of diseases that at one time caused many deaths, and were very expensive, are gone because of preventive medicine.

It seems to me that we are only on the fringe of preventive medicine. Some people think we have come a long way, but I believe we are just on the fringe. There are so many other things. We have children with learning disabilities, and if they are not picked up and treated when they are little they will grow up to become mental patients. This is the sort of thing I have in mind.

Would you say something about the future of preventive medicine? We know the damage that asbestos has been doing, but we did not think of that twenty years ago when everybody was encouraged to insulate their houses with asbestos because it would provide a better heating service. There are whole fields of similar things that are not being investigated.

Dr. Fraser: Senator, I have written at length on that issue. I have argued that even though a study can be done of some preventive measures, such as an annual checkup, and you cannot really demonstrate that it does sufficient good to justify the expenditure, the same could be said of a number of services that are rendered as part of our curative treatment process. If it is said that on balance you cannot judge on the evidence of outcomes, I would argue that in my 22 years of reading in this area I know of nothing that makes me want to step back from the old adage that an ounce of prevention is worth a pound of cure.

You mentioned a couple of preventive areas. I have tried to push the one area which I think is absolutely crucial, and that is having each pregnant mother signed up with a physician and/or pre-natal clinic, such that there is a package of information services, health care services and counselling services, so that the baby that is developing has a good chance as it

[Traduction]

rien ne prouve que les appareils de tomographie axiale informatisée aient un effet nocif, bien qu'on puisse soutenir qu'ils sont invasifs, tout comme les ultrasons à leur manière tandis que les appareils de tomographie à résonance magnétique nucléaire ne le sont pas. Si vous avez énormément d'argent, au lieu d'examiner une personne qui souffre de migraine à l'aide d'un appareil de tomographie axiale informatisée pour découvrir si elle a une tumeur au cerveau, vous devriez peut-être l'examiner à l'aide d'un appareil de tomographie à résonance magnétique nucléaire? A mesure que notre société s'enrichira, j'imagine que nous investirons davantage dans le secteur des soins de santé.

Le sénateur Marshall: Et dans l'espace, les missiles et les rayons laser.

Le sénateur McGrand: Je commencerai où vous vous êtes arrêté, c'est-à-dire quand vous avez dit qu'à mesure que nous nous enrichissons, nous devons investir davantage dans nos systèmes de santé. Chercherons-nous alors à guérir la maladie ou à la prévenir, de manière à empêcher que les gens ne se retrouvent sans cesse dans des états graves? Nous savons que grâce à la médecine préventive, la petite vérole est disparue, la diphtérie l'est presque et une foule d'autres maladies qui ont déjà causé de nombreux décès et étaient très coûteuses, le sont aussi.

Il me semble que nous ne faisons que commencer à nous intéresser à la médecine préventive. Certains pensent que nous avons réalisé beaucoup de progrès, mais à mon avis, nous en sommes à nos premiers pas. Il y a tellement de problèmes. Pensons aux enfants qui ont des difficultés d'apprentissage et qui, s'ils ne sont pas soignés dans leur tendre enfance, deviendront plus tard des patients d'hôpitaux psychiatriques. C'est à ce genre de chose que je songe.

Pourrez-vous nous parler de l'avenir de la médecine préventive? Nous connaissons les dommages que l'amiante a causés, mais nous ignorions cette possibilité il y a vingt ans, lorsque tout le monde était incité à isoler sa maison avec de l'amiante sous prétexte qu'elle donnait un meilleur service de chauffage. Il y a une foule de domaines du genre qui ne font l'objet d'aucunes recherches.

M. Fraser: Sénateur, j'ai écrit abondamment sur ce sujet. Je soutiens que même si une étude peut être faite sur certaines mesures préventives, tel un examen annuel, et que vous ne puissiez vraiment prouver qu'il est suffisamment bénéfique pour justifier la dépense, on peut en dire autant d'un certain nombre de services qui sont rendus dans le cadre de notre processus de traitement curatif. Si l'on dit qu'en définitive on ne peut juger d'après les résultats, je soutiens qu'au cours des mes vingt-deux années de lecture dans ce domaine, rien ne m'a poussé à renier le vieil adage selon lequel il vaut mieux prévenir que guérir.

Vous avez mentionné quelques domaines de prévention. J'essaie de faire valoir le domaine qui est à mon avis absolument crucial, soit que chaque femme enceinte s'inscrive auprès d'un médecin ou d'une clinique de soins prénataux pour avoir accès des soins de santé à des services d'information et consultation de telle sorte que le bébé ait toutes les chances du

[Text]

could have of being of relatively normal birth weight and healthy.

In my humble personal opinion, I would devote resources of our society to some of those target populations, when we know, if we did that, it would generate all kinds of dollar savings, not to mention, most importantly, the fact that children are born without cerebral palsy or something else that would make them mentally retarded or physically disabled for the rest of their lives. The question is, why don't we do that?

Senator McGrand: That is just the point.

Dr. Fraser: Can I take a shot at that? I am in danger of stepping into my economist's trap here. Amongst other things, economists will try to think about goods and services in society that if not done collectively are not likely to be done. Defence is the standard case of a public good. If we had malaria it would be another standard case. The treatment of sewage, the purification or treatment of the air we breathe or the water we drink would be public goods. If we did not do that collectively, each of us as individuals would have a very difficult time trying to purify the air we breathe, the water we drink and so on.

Distinct from that category is a category of what are called personal goods, which by and large pay off to the individual. Of course, to individuals which is most important? Those they see the immediate impact of. If I have angina I would like to have it dealt with. I think as individuals we will push our governments very hard to make sure they provide enough personal health care, because that is where we can see the immediate pay-off. However, some of these other things we as individuals do not see the pay-off to, and who in society pushes those things? There are groups of physicians, groups of people working in hospitals, people who administer hospitals, who have an incentive to be concerned with at least preserving the resource flow they currently have, if not doing a little more. As we go through fairly tough economic times something gets crowded out, and the things that get crowded out are some of those public kinds of things that to the individual do not have as much pay-off as the personal health care that people can see as something immediate.

I would myself try to redirect resources into some of these health promotion and health prevention fields. The fact that Canada in 1984 still dumps raw sewage into some of its river systems, still pollutes the air the way it does, still pollutes the water the way it does, just blows my mind.

The Chairman: Thank you, Dr. Fraser. Perhaps before you go, doctor, we could clarify the amendment you have put before us. As I said earlier, the one difference between the Canada Health Act and the legislation now in existence is the fact that extra billing and user charges by the medical profession or the hospitals will be penalized—the provinces will be penalized—with the possible effect of provinces banning extra billing. By your amendment are you suggesting that there should be no unconditional penalizing for extra billing, but rather that the provinces should be able to negotiate the issue with the federal government?

Dr. Fraser: Yes.

[Traduction]

monde d'avoir un poids relativement normal à la naissance et d'être relativement en bonne santé.

À mon humble avis, nous devrions consacrer les ressources de notre société à certaines de ces populations cibles puisque nous savons que, ce faisant, nous réaliserons toutes sortes d'économies, sans mentionner le fait le plus important: les enfants naîtront sans être atteints de paralysie cérébrale ou d'une autre maladie qui en feraient des êtres mentalement arriérés ou physiquement handicapés pour le reste de leur vie. Je me demande pourquoi nous ne le faisons pas.

Le sénateur McGrand: C'est justement la question.

M. Fraser: Puis-je hasarder une réponse? Il est risqué que je tombe ici dans le piège de l'économiste. Entre autres choses, les économistes ont tendance à penser au sujet des biens et des services dans la société que si tout n'est pas fait collectivement, il est peu probable que quelque chose se fasse. La défense est un cas classique de bien public. Si nous avions la malaria, c'en serait une autre. Le traitement des eaux d'égout, la purification ou le traitement de l'air que nous respirons et de l'eau que nous buvons en sont d'autres. Si nous ne le faisons pas collectivement, il nous serait très difficile de le faire individuellement.

Outre cette catégorie, il y a celle du bien personnel, qui rapporte à l'individu. Il s'agit évidemment de ce qui rapporte le plus à une personne dans l'immédiat. Si je faisais de l'angine, j'aimerais qu'on s'en occupe. En tant qu'individu, nous pressurons les gouvernements d'assurer suffisamment de soins de santé à la personne, car nous pouvons en voir les avantages immédiats. Mais il y a des choses dont nous ne voyons pas les avantages en tant que particulier; alors qui, dans la société, s'occupe de les promouvoir? Il y a des groupes de médecins, des groupes de personnes travaillant dans les hôpitaux ou des groupes d'administrateurs d'hôpitaux qui ont intérêt à promouvoir ou, à tout le moins, à préserver les recours qu'ils ont déjà, sinon à en faire davantage. Comme nous traversons une période économique difficile, il y a des choses qui sautent et ce sont des choses publiques dont l'individu ne voit pas les avantages immédiats, contrairement à ce qu'il en est du régime de soins de santé.

Personnellement, j'essaierais de réaffecter des ressources dans des programmes de promotion et de prévention. Je trouve inconcevable qu'en 1984, le Canada continue de déverser dans les rivières les eaux d'égouts, sans les traiter, et continue de polluer l'eau et l'air comme il le fait.

Le président: Merci, monsieur Fraser. Le Sénat siège à 16 heures et nous devons assister à cette séance. Avant que vous ne partiez, docteur, nous pourrions peut-être éclaircir l'amendement que vous nous avez soumis. Comme je l'ai déjà dit, la seule différence qui existe entre la loi canadienne sur la santé et la loi existante, c'est le fait que la surfacturation et le ticket modérateur imposés par la profession médicale ou les hôpitaux seront pénalisés; les provinces seront pénalisées, de sorte que certaines pourront en venir à interdire la surfacturation. Par votre amendement, proposez-vous qu'il n'y ait pas de pénalité inconditionnelle et que les provinces aient plutôt la possibilité de négocier la question avec le gouvernement fédéral?

M. Fraser: Oui.

[Text]

The Chairman: That is what you are suggesting?

Dr. Fraser: Yes.

The Chairman: So, extra billing might be allowed if the problem of accessibility is addressed in some other manner?

Dr. Fraser: Yes.

The Chairman: That is what I wanted to get straightened out.

Thank you for your time in coming here, doctor. Thank you, honourable senators, for attending. We will now adjourn, to meet again at 8 o'clock this evening in Room 256-S.

The committee adjourned.

At 8 p.m. the committee resumed.

The Chairman: Honourable senators, we are meeting again this evening to consider the subject matter of Bill C-3, the proposed Canada Health Act. Having previously quoted to honourable senators our reference of the 20th day of March, 1983, I need not quote it again.

We have with us this evening Dr. R. D. Saxon, President of the Medical Society of Nova Scotia. I will ask Dr. Saxon to introduce his colleague to the committee. Dr. Saxon has an opening statement to make, after which the meeting will be open to questions from honourable senators. Dr. Saxon, please proceed.

Dr. R. D. Saxon, President, Medical Society of Nova Scotia: Thank you, Mr. Chairman. I would first like to introduce Mr. Anthony Blom, Director of Communications of the Medical Society of Nova Scotia, who is accompanying me this evening.

If it meets with your approval, Mr. Chairman, my plan is to go over my brief, which will take about eight or nine minutes, after which I will entertain any questions. This brief is contained in our main submission to this committee, along with the addenda and appendices.

I would like to thank the committee chairman and all honourable senators for allowing my organization to present a brief to you today. I see this as an opportunity for our association to comment on Bill C-3 and to bring forward the problems which we foresee as a result of the proclamation of the Health Act in its present form.

We believe that Bill C-3 has been developed in an air of conflict and controversy, and for that reason could very well create far larger problems than any which it is attempting to rectify.

In our application to your committee, we stated that we wished to speak to certain aspects of the proposed legislation because of the specific and unique problems it will create in Nova Scotia.

With your permission, Mr. Chairman, I would like to expand upon the concerns which we have about the new bill, and, in particular, clause 12, and the effect that this legislation will undoubtedly have on the agreement between my profession and the provincial government.

[Traduction]

Le président: C'est ce que vous proposez?

M. Fraser: Oui.

Le président: La surfacturation pourrait être autorisée si le problème de l'accessibilité était traité d'une autre manière?

M. Fraser: Oui.

Le président: C'est ce que je voulais faire éclaircir.

Je vous remercie d'avoir pris le temps de venir ici, docteur. Honorables sénateurs, je vous remercie d'avoir assisté à la séance. Nous nous ajournerons maintenant et nous nous réunirons à nouveau à 20 heures demain, dans la pièce 256-S.

Le Comité s'ajourne.

Le Comité reprend ses travaux à 20 heures.

Le président: Honorables sénateurs, nous sommes réunis ce soir pour étudier la teneur du projet de loi canadienne sur la santé, le projet de loi C-3. Comme j'ai déjà lu aux honorables sénateurs notre ordre de renvoi du 20 mai 1983, je n'ai pas besoin de leur en rappeler le sens.

Nous accueillons ce soir M. R. D. Saxon, président de la *Medical Society of Nova Scotia*. Je demanderais à M. Saxon de présenter son collègue aux membres du comité. M. Saxon a l'intention de faire une déclaration préliminaire, après quoi nous lui poserons des questions. La parole est à vous, monsieur Saxon.

M. R. D. Saxon, président, Medical Society of Nova Scotia: Merci, monsieur le président. Permettez-moi tout d'abord de vous présenter M. Anthony Blom, directeur des Communications de la *Medical Society of Nova Scotia*, qui m'accompagne ce soir.

Si vous êtes d'accord, monsieur le président, je récapitulerai mon mémoire, ce qui prend une dizaine de minutes tout au plus et répondrai ensuite à vos questions. Ce mémoire fait partie de la documentation que nous avons fait parvenir au Comité, dont des addenda et des annexes.

J'aimerais remercier le président du Comité et les honorables sénateurs d'avoir permis à mon organisation de présenter son mémoire. J'y vois pour elle l'occasion de faire part de ses observations sur le projet de loi C-3 et de faire ressortir les problèmes que pourrait créer la Loi sur la santé si elle a fait proclamée sous sa forme actuelle.

Nous croyons que le projet de loi C-3 a été élaboré dans un climat de conflit et de controverse et qu'il pourrait très bien pour cette raison, entraîner des problèmes encore plus graves que ceux qu'il vise à corriger.

Dans le mémoire que nous avons présenté au Comité, nous déclarions souhaiter exprimer nos vues sur certains aspects du projet de loi en raison des problèmes particuliers qu'il créera en Nouvelle-Écosse.

Si vous le permettez, monsieur le président, j'aimerais parler des craintes que nous inspire le nouveau projet de loi et, en particulier, de l'article 12 ainsi que des répercussions que celui-ci aura sans aucun doute sur l'accord conclu entre les membres de ma profession et le gouvernement provincial.

[Text]

To begin, I would like to state that the medical profession in Nova Scotia does not see the necessity for a Canada Health Act. We do not perceive any problems which justify or require the kind of action being considered under this legislation. Nova Scotia has a successful program in place, the record of which speaks for itself.

To a large degree, the success of medicare in Nova Scotia has been the result of the co-operative efforts of my profession and the provincial government. This is a widely recognized relationship and also an indisputable fact. This is also why we question how changes resulting from Bill C-3 will improve our health care problems.

Recognizing the apparent difference of opinion between my profession and the federal government, we also accept our responsibility to the public and to our patients to ensure that Bill C-3 is a good bill. We accept that responsibility; we have identified problems with Bill C-3, and we have recommended amendments to rectify these problems.

Our concerns relating to clause 12 of Bill C-3 are twofold: First, the bill's primary objective, when realized, will break a long-standing agreement that my profession has had with the provincial government; secondly, and perhaps far more importantly, it will place in jeopardy the whole process of fee schedule negotiations between the Medical Society and the provincial government.

On the first area of concern, it is important to understand the original agreement between the government and the medical profession when the programs were introduced. An examination of the original agreement is required for a full understanding of the arrangement which physicians practised in the government insurance program in Nova Scotia.

At the time of the introduction of medical insurance in Nova Scotia, the society negotiated an agreement with the provincial government for payment for services to physicians. Under this arrangement, the province would pay 85 per cent of the society fee schedule and physicians were granted the right to bill above the tariff. M.S.I. pays 85 per cent of the society schedule of fees.

Extra billing, as outlined in the Canada Health Act, does not exist in Nova Scotia. The right of the physician to bill the balance of his fee does, however, exist, and this right will be lost.

The Senate committee is likely aware that the Medical Society presented a formal submission to the Standing Committee on Health, Welfare and Social Affairs during its hearings and clause-by-clause review of Bill C-3 in February. I have provided honourable senators with a copy of our submission and recommendations to the committee.

[Traduction]

Pour commencer, je signalerai que la profession médicale de la Nouvelle-Écosse ne voit pas la nécessité d'une Loi canadienne sur la santé. Elle ne perçoit aucun problème qui justifie ou exige le genre d'action prévu dans le projet de loi. Le programme institué dans la province est en effet vraiment fructueux.

C'est dans une large mesure à l'effort de coopération entre les membres de ma profession et le gouvernement provincial que nous devons le succès du programme de soins médicaux en Nouvelle-Écosse. Cette relation est largement admise et est en fait indiscutable. C'est également la raison pour laquelle nous ne voyons pas comment les changements entraînés par le projet de loi C-3 amélioreront notre régime de soins de santé.

Nous admettons qu'il existe des divergences d'opinions entre les membres de la profession et le gouvernement fédéral, mais nous acceptons également la responsabilité qui nous incombe, face au public et à nos malades, d'assurer que le projet de loi C-3 sera un projet de loi opportun. Nous acceptons cette responsabilité, nous avons repéré les problèmes que pose le projet de loi C-3 et nous y avons recommandé des amendements pour les corriger.

Nos préoccupations concernant l'article 12 du projet de loi C-3 sont doubles: premièrement, la réalisation du principal objectif du projet de loi mettra fin à un accord de longue date entre ma profession et le gouvernement provincial; deuxièmement, et cela est peut-être encore plus important, cet article compromettra tout le processus de négociations à l'égard du barème des cotisations entre la *Medical Society* et le gouvernement provincial.

Pour ce qui est de la première préoccupation, il est important de bien comprendre le sens de l'accord qui a été conclu entre le gouvernement et la profession médicale lorsque les programmes ont été adoptés. Il faut à tout prix étudier l'accord pour bien comprendre l'entente qui avait été acceptée par les médecins de la Nouvelle-Écosse dans le cadre du programme gouvernemental.

Au moment de l'introduction de l'assurance-maladie en Nouvelle-Écosse, la Société a négocié un accord avec le gouvernement provincial pour la rémunération des services, fournis par les médecins. Aux termes de cet accord, la province assumait 85 p. 100 du barème des cotisations de la Société et les médecins obtenaient le droit d'exiger plus que la somme prévue. Le M.S.I. assumait 85 p. 100 des coûts associés au barème des cotisations de la Société.

La surfacturation, au sens où l'entend la Loi canadienne sur la santé, n'existe pas en Nouvelle-Écosse. Le médecin a toutefois le droit de facturer au malade la partie non couverte des honoraires, et c'est ce droit qui serait perdu.

Le Comité sénatorial a certainement appris que la *Medical Society* avait présenté en février un mémoire officiel au Comité permanent de la santé, du bien-être et des affaires sociales dans le cadre de ses audiences et de son étude détaillée du projet de loi C-3. J'ai remis aux honorables sénateurs un exemplaire du mémoire et des recommandations alors déposés au Comité.

[Text]

Our recommendations and discussions relating to clause 12 are reiterated today. In short, our brief recognized the problems which Mr. Justice Hall identified in his review of 1980 and represented in his recommendations.

To this point the public should be aware that Mr. Justice Emmett Hall said in his July 17, 1980 report:

I do not believe that a viable program can be expected or is even possible based on the assumption that Ottawa can unilaterally withhold funds from a given province which Ottawa thinks is in some kind of default, and, secondly, outlawing extra billing, however resorted to, must always be accompanied by recognition of the physicians' right to adequate compensation and, vice versa—

and

these two elements must always co-exist. There cannot be recognition of one without recognition of the other.

Keeping these comments in mind, we recommended to the standing committee an amendment which would rectify Mr. Justice Hall's concerns and solve problems which we were confident were not intended to be created by the government.

Under the present legislation there is no provision for an established mechanism to deal with the matter of physician compensation. Clause 12 should be amended and strengthened to guarantee a fair process for physicians and government to reach levels of compensation once extra billing is eliminated.

Under our recommendation, the enshrinement of a mechanism to deal with disputes, should they occur during negotiations between physicians and the provinces, would be a condition for the removal of extra billing—doctors' only real negotiation leverage with government.

We are confident that the enshrinement of such an amendment as a condition to arrive at the act's stated aim as to reasonable compensation is well within the jurisdiction of the government and is the responsibility of the federal parliament, considering that it is removing our negotiating mechanism.

We draw to your attention that clause 12 of Bill C-3 has been amended at the committee stage with the addition of a subclause 12(2). However, while this amendment clearly outlines an acceptable process to avoid the problems which we foresee, it is not a condition to be met by the provinces. As a result, the amendment would amount to little more than a "window dressing" recognition of our concerns.

It is therefore recommended:

That the Senate committee recommend to the government that section 12(2) be enshrined in the act as a requirement to be met by the provinces upon the elimination of extra billing, for the purposes of meeting the criteria described in 12(c).

We are concerned that, if this legislation is passed as presently written, without serious consideration and recognition of

[Traduction]

Nous reprenons aujourd'hui nos recommandations et notre examen de l'article 12. En résumé, notre mémoire reconnaissait les problèmes que M. le juge Hall avait fait ressortir dans son étude de 1980 et dont il avait tenu compte au moment de rédiger ses recommandations.

A ce sujet, le public devrait être mis au courant de ce que dit le juge Emmett Hall dans son rapport du 17 juillet 1980:

Je ne crois pas qu'on puisse s'attendre à ce qu'un projet soit viable ni même qu'on puisse le mettre en doute, si l'on se fonde sur l'hypothèse qu'Ottawa peut unilatéralement décider de retenir des fonds d'une province donnée, tout simplement parce qu'Ottawa juge qu'elle est en défaut, et, deuxièmement, toute étude et toute discussion de la possibilité de déclarer illégal le système des tarifs additionnels sous toutes ses formes doit inclure l'acceptation du droit du médecin à une rémunération adéquate et vice-versa.

et

La coexistence de ces deux éléments est essentielle. On ne peut pas accepter l'un sans l'autre.

Dans la même veine, nous avons recommandé au Comité permanent un amendement qui rectifierait la situation dont s'est inquiété le juge Hall et résoudrait les problèmes que le gouvernement a suscités; bien malgré lui nous en sommes sûrs.

Aux termes de la loi actuelle, aucune disposition n'est prévue pour l'établissement d'un mécanisme régissant la rémunération des médecins. L'article 12 devrait être modifié et renforcé de manière à garantir un traitement équitable aux médecins et à amener le gouvernement à relever les taux de rémunération une fois que la surfacturation aura été supprimée.

Aux termes de notre recommandation, l'insertion d'un mécanisme visant à régler tout différend qui pourrait opposer les médecins et les provinces au cours des négociations serait une condition à la suppression de la surfacturation—le seul véritable pouvoir de négociation des médecins avec le gouvernement.

Nous sommes persuadés que le gouvernement a la possibilité, et le Parlement le devoir d'insérer un amendement de ce genre comme condition à la réalisation de l'objectif de rémunération raisonnable visé par la mesure législative, compte tenu que celle-ci nous enlèverait notre pouvoir de négociation.

Nous vous signalons que le Comité a modifié l'article 12 du projet de loi C-3 par l'adjonction du paragraphe 12(2). Toutefois, bien que cet amendement expose clairement un processus acceptable pour éviter les problèmes que nous prévoyons, il n'entraîne aucune obligation pour les provinces. L'amendement sera donc tout au plus synonyme de reconnaissance illusoire de nos préoccupations.

Il est par conséquent recommandé:

Que le Comité sénatorial recommande au gouvernement d'intégrer le paragraphe 12(2) à la loi en tant qu'exigence à laquelle les provinces devront satisfaire lors de la suppression de la surfacturation, afin de remplir les critères dont il est question à l'alinéa 12c).

Nous craignons que si ce projet de loi est adopté sous sa forme actuelle, sans avoir été étudié sérieusement et sans que

[Text]

the rights of the medical profession, the outcome could create more problems than it would solve.

I would like to add, at this point, something that does not appear in the original brief. We would recommend that subclause 12(2) be amended by the striking of lines 13, 14 and 15 and inserting the following:

12(1)(c) shall be complied with by the provinces entering into an agreement with the—
just to put it into proper English, subclause 12(2) will now read:

In respect of any province in which extra billing is not permitted, paragraph 12(1)(c) shall be complied with by the provinces entering into an agreement with the medical practitioners and dentists of the province that provides

I have recognized that the area of government professional relations is crucial to the operation of our system and is threatened by the fact that Bill C-3 will break the original agreement between physicians and the province about the payment level and agreed-to tariff arrangement, as well as place serious strains on the process of negotiating fee schedules between my profession and the province.

I have shown that Bill C-3, in forcing changes in the provincial medical care agreements with physicians, has ignored the warnings of the federal government's review of the health care system. This failure to recognize Mr. Justice Hall's warning will undoubtedly result in some serious strains on our medical care program. This is our concern and it is shared by our provincial Minister of Health.

To avoid the possibility of serious breakdowns and confrontation between the provincial government and the medical profession in the future, we have recommended that Bill C-3 be amended to enshrine in law a vehicle that will provide for a fair and reasonable negotiating process in the case of an impasse during negotiations over fee schedule increases. We believe that this is recognized and supported by all parties.

I also believe that the mechanism which has been added as clause 12(2) must therefore be enshrined in the new Health Act as a condition for the elimination of extra billing by a provincial government in order to meet the act's statements and requirements for reasonable compensation for physicians and dentists. Failure to recognize and/or do so will only aggravate the critical process of medical professional negotiations in the future.

In conclusion, we will have a new Canada Health Act. I believe that it is our responsibility and the responsibility of Parliament and the Government of Canada to endure that this act is a good act.

I wish you well in your deliberations and look forward to your report.

The Chairman: Thank you very much, Doctor. Perhaps I can start by asking you a few simple questions.

As I understand the proposed legislation, Bill C-3, it takes the old Hospital Insurance and Diagnostic Services Act and

[Traduction]

soient reconnus les droits de la profession médicale, il n'en résulte plus de problèmes que son adoption n'en résoudrait.

J'aimerais maintenant soulever un point qui n'a pas été abordé dans notre mémoire initial. Nous recommandons que le paragraphe 12(2) soit modifié en retranchant les lignes 13, 14 et 15 et en les remplaçant par ce qui suit:

Il est satisfait à l'alinéa 12(1)c) par la province qui conclut un accord avec . . .
Le paragraphe 12(2) serait alors libellé en ces termes:

Pour toute province où la surfacturation n'est pas permise, il est satisfait à l'alinéa 12(1)c) par la province qui conclut un accord avec ses médecins et ses dentistes prévoyant: . . .

J'ai reconnu que les relations professionnelles avec le gouvernement sont essentielles au fonctionnement de notre système et sont menacées du fait que le projet de loi C-3 mettra fin à l'accord initialement conclu entre les médecins et la province quant aux paiements aux taux, outre qu'il en résultera de fortes pressions en égard à la négociation des barèmes des cotisations entre la profession et la province.

J'ai démontré que le projet de loi C-3, en imposant des changements aux accords conclus entre la province et les médecins, ne tient pas compte des avertissements donnés dans l'étude du gouvernement fédéral sur le régime d'assurance-maladie, laquelle a donné lieu à la publication du rapport Hall. Par conséquent, de fortes pressions seront sans doute exercées sur notre programme de soins médicaux. Voilà l'inquiétude que nous partageons avec le ministère de la Santé de notre province.

Pour éviter à l'avenir de sérieuses ruptures et une confrontation entre le gouvernement provincial et la profession médicale, nous recommandons que le projet de loi C-3 soit modifié de manière à intégrer à la loi un mécanisme prévoyant un processus juste et équitable de négociation si les négociations sur les hausses des contributions aboutissent à une impasse. Nous croyons que ce principe est reconnu et appuyé par toutes les parties.

Je crois également que le mécanisme qui a été ajouté par le biais du paragraphe 12(2) doit donc être intégré à la nouvelle loi sur la santé en tant que condition à la suppression de la surfacturation par un gouvernement provincial si l'on veut atteindre l'objectif de rémunération raisonnable des médecins et des dentistes, prévu dans la loi. Le déni de ce droit ne ferait qu'aggraver le processus critique des négociations menées avec les professionnels de la santé.

Toutes ces mesures aboutiront à l'adoption d'une nouvelle Loi canadienne sur la santé. Je crois qu'il nous incombe, ainsi qu'au Parlement et au gouvernement du Canada, de nous assurer qu'il s'agit d'une bonne loi.

Je vous souhaite bonne chance dans vos délibérations et j'attends votre rapport avec impatience.

Le président: Merci beaucoup, docteur. Je puis peut-être commencer en vous posant quelques questions faciles.

Si je comprends bien, le projet de loi C-3 englobe la Loi sur l'assurance-hospitalisation et les services diagnostiques ainsi

[Text]

the Medical Care Act and incorporates them in one act which will eliminate user fees or extra billing with a penalty if the provinces allow that to be done. As I understand it, that is the only real change.

To do what you suggest, which sounds very reasonable to me, the federal government would make a basic change in the act in committing the provinces to a certain action without any prior consultation. Since health comes under the jurisdiction of the provinces, we would be remiss in our duties to overrule all the provinces by passing legislation forcing the provinces to do certain things when it comes under their jurisdiction under the Constitution. It would be difficult for us, as a federal government, to unilaterally recommend that we take this action and demand that the provinces do certain things without prior consultation with the ministers.

Dr. Saxon: I agree 100 per cent with you, but this intrusion is no more an intrusion into provincial matters than is the federal intrusion of taking away extra billing which is the right of the doctors in Nova Scotia now. You are forcing the provincial government to take away something that is in enshrined there now. It may be tit for tat, but it is exactly the same.

The Chairman: The impression, rightly or wrongly, that we get from the Minister of Health and Welfare is that, in actual fact, we are not changing the act at all, but that we are adding the penalty if it is not carried through. There was no provision before for extra billing or user fees. Now the minister is saying to the provinces that they have gone beyond the old act in allowing this to happen and, if they do it again, they will be penalized. We are going to penalize them for carrying out things which were not in the old act.

Dr. Saxon: I fail to see any difference between telling the provinces they will be penalized for allowing something and telling the provinces that they must negotiate reasonably. You are telling the provinces that they must take something away from the doctors, but they must negotiate reasonably with the physicians. We just wish to see a reasonable mechanism in place when this is taken away. I feel it is exactly the same type of intrusion.

The Chairman: Under clause 12(1)(c), it says:

must provide for reasonable compensation for all insured health services rendered by medical practitioners or dentists;

When the minister was questioned by this committee, the impression she gave us was that the provinces and the medical profession could negotiate as they have always done and set up a reasonable pay schedule on which they could agree for a year or two. If the Medical Society of Nova Scotia or of any other province feels that the province proposes an unreasonable fee schedule, then they have the right to go to the courts and ask for a definition of the word "reasonable." Alternatively, the province can set up an arbitration board. If the arbitration board reaches an agreement, the Government of Canada would accept that agreement as to reasonable compensation. If

[Traduction]

que la Loi sur les soins médicaux et les condense en une seule loi qui supprimera les frais modérateurs ou la surfacturation et pénalisera les provinces qui ne s'y conformeront pas. Si je comprends bien, c'est le seul véritable changement.

Pour faire ce que vous proposez, et qui me semble très raisonnable, le gouvernement fédéral apporterait un changement fondamental à la Loi en obligeant les provinces à faire un certain geste sans aucune consultation préalable. Étant donné que l'assurance-maladie relève des provinces nous serions négligents de ne pas tenir compte de celles-ci en adoptant une loi à laquelle elles seront assujetties alors qu'aux termes de la Constitution, la question relève de leur compétence. Il serait difficile pour nous du gouvernement fédéral de recommander unilatéralement de prendre cette mesure et d'exiger des provinces qu'elles prennent certaines décisions sans avoir consulté les ministres au préalable.

M. Saxon: Je suis tout à fait d'accord avec vous, mais cette intrusion n'est pas plus une intrusion dans les affaires provinciales que ne l'est l'ingérence fédérale qui consiste à supprimer la surfacturation que sont autorisés à pratiquer les médecins de la Nouvelle-Écosse à l'heure actuelle. Vous obligez le gouvernement provincial à supprimer un avantage accordé par la loi. C'est peut-être un prêt pour un rendu, mais c'est exactement la même chose.

Le président: L'impression, qu'elle soit vraie ou fausse, que nous a donnée le ministre de la Santé et du Bien-être social, c'est qu'en réalité nous ne changeons pas du tout la loi mais que nous y ajoutons l'imposition d'une peine si on y contrevient. Aucune disposition n'était prévue auparavant pour la surfacturation ou les frais modérateurs. Le ministre dit maintenant aux provinces qu'elles ont dépassé les limites de l'ancienne loi en permettant une telle chose et que si elles récidivent, elles seront pénalisées. Nous allons les pénaliser pour des mesures qui ne figuraient pas dans l'ancienne loi.

M. Saxon: Je ne vois pas la différence entre le fait de dire aux provinces qu'elles seront pénalisées pour avoir autorisé certaines choses et le fait de leur dire qu'elles doivent négocier de façon raisonnable. Vous dites aux provinces qu'elles doivent retirer certains avantages aux médecins tout en négociant raisonnablement avec eux. Nous voulons qu'un mécanisme adéquat soit mis en place pour faire face à cette situation. Je crois qu'il s'agit du même genre d'intrusion.

Le président: L'alinéa 12(1)c) porte qu'il faut:

prévoir une rémunération raisonnable de tous les services de santé assurés fournis par les médecins ou les dentistes;

Lorsque le comité a interrogé le ministre à cet égard, il a eu l'impression que les provinces et le corps médical pouvaient négocier comme ils l'ont toujours fait et établir un barème de cotisations raisonnables pour un an ou deux. Si la *Medical Society of Nova Scotia* ou son homologue de toute autre province estiment que le barème proposé par les gouvernements provinciaux n'est pas raisonnable, elles ont le droit de demander aux tribunaux de définir le terme «raisonnable». La province peut également établir un conseil arbitral. Si ce dernier arrive à conclure une entente, le gouvernement du Canada

[Text]

that does not happen, the Government of Canada may not consider the fees to be reasonable compensation.

If a province agrees to set up an arbitration board with five representatives from each party and a chairman who has been agreed to by both, and they come to a certain agreement, then the federal government will accept that as a definition of "reasonable compensation." That is the only thing the Government of Canada has said it will accept.

However, the government may accept some other type of agreement that has been reached by, say, the Medical Society of Nova Scotia and the Province of Nova Scotia as long as it has been agreed to by both parties.

If the doctors are not satisfied that they are receiving reasonable compensation, then they have the right to go the court to have the word "reasonable" defined or, alternatively, ask the government to set up an arbitration board.

Dr. Saxon: Would it not be better to have this as a counter-balance and as a condition in order to make the provinces comply? Clause 12(2) is rather wishy-washy and softens the situation too much in favour of the provinces, allowing them to override the physicians.

I would feel it would be much more reasonable, when taking something away, to provide an alternative, as Mr. Justice Hall said, to provide reasonable compensation. The definition of "reasonable" is not in writing, and I doubt whether the courts could define what reasonable compensation is.

Why not foresee the problems and include the balancing mechanism of asking the provinces to comply and make it a condition rather than making it arbitrary?

The Chairman: That is your recommended amendment?

Dr. Saxon: Yes.

The Chairman: I consider that to be a very reasonable suggested amendment except for the fact that the Government of Canada would be unilaterally telling the provinces what they must do in a health matter.

I would go a little further and ask your opinion on one other matter. What would be the feeling of the Medical Society of Nova Scotia if this committee recommended to the Senate that this title "Canada Health Act" is a misnomer because it includes only two things—hospitalization and medicare? Tuberculosis care, psychiatric care, chronic care and ambulance service are not included. Medicare has changed so much since the original act was introduced, that the federal and provincial governments are sharing in other programs for the prevention of sickness as well as treatment; that we should ask provincial and federal ministers of health to meet and put through a comprehensive medical package whereby the provinces might get back to the old cost-sharing system rather than block funding. Some of your recommendations could then be placed before all of the ministers and agreement reached with the provinces on having fair negotiations with the medical profession that is providing the service, in order that it might receive reasonable compensation for the work it does.

[Traduction]

devrait accepter ce barème comme étant une rémunération raisonnable. S'il y a impasse, le gouvernement peut juger que ce barème ne constitue pas une rémunération raisonnable.

Si une province accepte de créer un conseil arbitral formé de cinq représentants de chaque partie et d'un président choisi par celles-ci, et que ce conseil parvienne à une certaine entente, le gouvernement fédéral acceptera l'interprétation qu'il aura donnée de l'expression «rémunération raisonnable». C'est tout ce que le gouvernement du Canada se dit prêt à accepter.

Toutefois, le gouvernement accepterait peut-être tout autre genre d'entente conclue, disons, par la *Medical Society of Nova Scotia* et le gouvernement provincial de la Nouvelle-Écosse.

Si les médecins sont d'avis qu'ils ne reçoivent pas une rémunération raisonnable, ils ont le droit de demander aux tribunaux de définir le terme «raisonnable» ou, autrement, de demander au gouvernement d'établir un conseil arbitral.

M. Saxon: Ne serait-il pas préférable d'utiliser cette mesure comme contrepoids et comme condition pour obliger les provinces à s'y conformer? Le paragraphe 12(2) est trop souple à l'égard des provinces et leur permet de passer outre aux désirs des médecins.

Je crois qu'il serait beaucoup plus raisonnable, lorsqu'on retire un avantage, de prévoir une solution de rechange ou, comme l'a proposé le juge Hall, d'offrir une rémunération raisonnable. L'expression «rémunération raisonnable» n'a pas été définie par écrit et je doute que les tribunaux arrivent à ce faire.

Pourquoi ne pas prévoir les difficultés et inclure un mécanisme de contrepoids qui oblige les provinces à se conformer à cette disposition plutôt que de simplement les y inviter?

Le président: Est-ce l'amendement que vous recommandez?

M. Saxon: Oui.

Le président: Je crois qu'il s'agit d'un amendement raisonnable, sauf que le gouvernement du Canada se trouverait à dire unilatéralement aux provinces ce qu'elles doivent faire dans le domaine de la santé.

Je voudrais vous demander votre avis sur une autre question. Quelle serait la réaction de la Medical Society of Nova Scotia si ce Comité disait au Sénat que le titre de la «Loi canadienne sur la santé» est inopportun vu que la mesure législative n'englobe que deux choses—les services hospitaliers et les soins médicaux? Les soins—pour les tuberculeux, les soins psychiatriques, les soins pour malades chroniques et les services d'ambulance n'y sont pas inclus. Le régime d'assurance-maladie a tellement changé depuis l'introduction de la loi initiale que les gouvernements fédéral et provinciaux partipent conjointement à d'autres programmes médicaux; nous demandons aux ministres de la Santé des provinces et du fédéral de se rencontrer et d'établir un régime médical complet en vertu duquel les provinces reviendraient à l'ancien système de partage des coûts plutôt que d'appliquer la formule du financement global. Certaines de vos recommandations pourraient être soumises aux ministres qui pourraient conclure une entente avec les provinces en vue de tenir des négociations équitables avec le corps

[Text]

Dr. Saxon: That is what we have to work with. We have tried to widen the field, to take in such areas as care of the elderly, chronic care, rehabilitation, and so on. We have mentioned those matters in our other briefs. But today we have chosen to zero in on clause 12(2), because that is the balancing mechanism. The provinces, by law, need only to consult with us with regard to fee scheduling. If we do not like their fee schedule we can negotiate with them. We then have that safety valve of balance billing or extra billing, or whatever you want to call it. If the fees are reasonable, then the balance billing is usually low. But I believe that across Canada most of the negotiations have been going well. Each province is different. In our province we have done very well with our negotiations. In that we have not had that much confrontation with the provincial government. Therefore, the amount of extra billing is low and has been decreasing. It is not a problem. Accessibility is not a problem. However, what we have to deal with today is what the proposed Canada Health Act is dealing with. It is taking away our leverage. If we do not get a good settlement, we can only say that "we need a raise in pay, or we have increased costs and how are we to cover those?" That was our safety valve. You are going to take that away; but, on the other hand, having taken that away—as Mr. Justice Hall recognized—there must be a balance to provide us with a safety valve. Are we going to merely tear our hair and say "We are all civil servants now"? We feel, as a positive point, that besides taking it away, the government should balance it off. The provinces should have to comply with the condition, the condition being that they must negotiate and provide reasonable compensation according to clause 12(2). After this is passed, to try to change it is, I feel, and impossibility. The concerns of the elderly, and other matter, should be attended to. There are immediate problems regarding the health of Canadians.

The Chairman: Doctor Saxon, would you prefer the bill without clause 12(2), or would you prefer the bill with the amendment included? Should we leave it the way it was originally, or would you like to have 12(2) added even if it stays the way it is? Would you rather have it out?

Dr. Saxon: No. I believe that 12(2) is an improvement. However, as with all things, once we start talking about it and discussing it with many people, it becomes apparent that it could be a little clearer—and the clear part is the recommendation that those three lines should be deleted and this placement included. We should make it a condition that the provinces should comply with that. Take away extra billing, and balance it off by making the provinces negotiate in good faith with the medical profession.

[Traduction]

médical chargé de fournir des services, de sorte que ses membres puissent recevoir une rémunération raisonnable pour le travail qu'ils font.

M. Saxon: C'est ce à quoi nous devons nous attarder. Nous avons essayé d'étendre les services pour qu'ils englobent les soins fournis aux personnes âgées et aux malades chroniques, les soins de réadaptation, etc. Nous avons traité de ces questions dans nos autres mémoires. Mais aujourd'hui, nous préférons mettre l'accent sur le paragraphe 12(2), qui sert de contrepoids. Les provinces, de par la loi, ne sont tenues de nous consulter qu'au sujet du barème des cotisations. Si ce dernier ne nous convient pas, nous pouvons négocier avec elles. Il y a ensuite cette soupape de sûreté appelée surfacturation ou je ne sais quoi. Si les barèmes sont raisonnables, la surfacturation est habituellement faible. Mais je crois que la plupart des négociations se sont bien déroulées dans l'ensemble du Canada. Évidemment, la situation est différente d'une province à une autre. Chez nous, les négociations ont donné de bons résultats, de sorte qu'il n'y a pas eu tellement de conflits avec le gouvernement provincial. En conséquence, la surfacturation y est faible et diminue de plus en plus. La question ne pose pas de problème. L'accessibilité n'est pas un problème. Toutefois, nous devons étudier aujourd'hui ce dont il est question dans la Loi canadienne sur la santé. Cette loi supprime tous nos moyens d'action, en ce sens que si nous ne concluons pas d'entente valable, nous pourrions tout simplement dire que nous avons besoin d'une augmentation de salaire ou que nous devons assumer des coûts accrus que nous ne savons comment couvrir. Vous allez nous retirer notre soupape de sûreté; il faut donc trouver en revanche—comme l'a dit le juge Hall—un contrepoids. Allons-nous tout simplement abandonner la partie et nous considérer maintenant comme des fonctionnaires? Nous croyons que le gouvernement, s'il nous retire notre mécanisme de pression, doit nous fournir un contrepoids. Les provinces devraient respecter cette condition, à savoir qu'elles doivent négocier et prévoir une rémunération raisonnable conformément au paragraphe 12(2). Il sera impossible de modifier cette disposition une fois qu'elle aura été adoptée. Il faut s'occuper des préoccupations des personnes âgées et des autres questions. Il y a des problèmes immédiats qu'il faut régler au chapitre de la santé des Canadiens.

Le président: Monsieur Saxon, préféreriez-vous que le paragraphe 12(2) soit supprimé du projet de loi ou inclus dans celui-ci? Devons-nous laisser le projet de loi dans sa forme originale ou préférez-vous qu'on y ajoute le paragraphe 12(2), même s'il n'est pas modifié? Que préférez-vous?

M. Saxon: Je crois que le paragraphe 12(2) constitue une amélioration. Toutefois, comme pour toute chose, une fois que nous commençons à en discuter avec différentes personnes, il devient évident que ces dispositions pourraient être éclaircies—la recommandation à cet égard est très claire, à savoir que ces trois lignes devraient être supprimées et remplacées par l'amendement proposé. Il faut en faire une condition et obliger les provinces à s'y conformer. Il faut supprimer la surfacturation et, en guise de compensation, obliger les provinces à négocier en toute bonne foi avec le corps médical.

[Text]

Senator Haidasz: I would like to ask our witness whether there is any outstanding dispute between the medical society of Nova Scotia and the government of Nova Scotia.

Dr. Saxon: Not at the present time. We are actually in the throes of negotiating what to do when this bill is passed. We have had a number of meetings with our Minister or Health. Certainly we are going the negotiating route. We are not talking about any sort of confrontation whatsoever. The provincial minister himself, after he had met with the federal minister, said that he was going to negotiate or legislate. If politically it is bad for him, he will probably legislate; but there is room for negotiation at the provincial level.

Senator Haidasz: Are the doctors in Nova Scotia satisfied that they are getting reasonable compensation for medical services given in that province?

Dr. Saxon: I would say that we have complied with the 6 and 5 rule—6 p. cent last year and 5 p. cent this year, the same as for civil servants. Our standing, from the point of view of incomes in Nova Scotia, is fairly reasonable, but, compared to other sectors of the economy, we have fallen behind. Thank goodness there are no doctors out of work. The state of the economy does not bother them as much as it does other workers. There is no talk of a strike. I do not believe that we will ever see a strike in Nova Scotia.

Senator Haidasz: According to your brief, you want to compel the provinces to accept binding arbitration, when you refer to negotiating for reasonable compensation.

Dr. Saxon: Over the years we have developed a reasonable negotiating process, and it has worked without too much gnashing of teeth and fisticuffs between the medical profession and the government. We see no reason to start hostility with the government. I do not think it would change our negotiating process in Nova Scotia. We will still be reasonable in our negotiations. We will still go through the negotiating process, but I doubt very much whether in Nova Scotia it will ever get to arbitration.

Senator Haidasz: But do you feel that the provincial government would refuse to submit to a binding arbitration procedure?

Dr. Saxon: Our minister has said—and he was speaking also for his government—that he is not in favour of binding arbitration. There are other areas in medicine where there has been some binding arbitration, as an official thing; but I think that is at the end of the road. Binding arbitration and conciliation are sometimes necessary to settle disputes.

The Chairman: Are there any further questions for Doctor Saxon? I now call on Senator Stewart, who is a Nova Scotian and is sympathetic to your brief, Doctor Saxon.

Senator Stewart: Mr. Chairman, I am looking at the submission to the Standing Committee on Health, Welfare and Social Affairs in the other place. On page six it says:

[Traduction]

Le sénateur Haidasz: Je voudrais demander à notre témoin s'il a des questions qui n'ont pas encore été réglées entre la *Medical Society of Nova Scotia* et le gouvernement de la Nouvelle-Écosse.

M. Saxon: Pas à l'heure actuelle. Nous sommes en train de discuter des mesures que nous prendrons une fois le projet de loi adopté. Nous avons rencontré notre ministre de la Santé à diverses reprises. Nous sommes sur la voie de la négociation. Nous ne prévoyons aucun conflit. Le ministre provincial lui-même, après avoir rencontré son homologue fédéral, a dit qu'il allait négocier ou légiférer. Si la négociation n'est pas une bonne solution du point de vue politique, il adoptera sans doute une loi; mais il est possible de négocier au palier provincial.

Le sénateur Haidasz: Les médecins de la Nouvelle-Écosse sont-ils d'avis qu'ils reçoivent une rémunération raisonnable?

M. Saxon: Je dirais que nous avons respecté la règle des 6 et 5—6 p. 100 l'année dernière et 5 p. 100 cette année, tout comme dans le cas des fonctionnaires. Notre position est suffisamment raisonnable, compte tenu des revenus en Nouvelle-Écosse, mais si on compare ceux-ci aux autres secteurs de l'économie, on peut dire que nous avons pris du retard. Dieu merci, il n'y a pas de médecins en chômage. L'économie ne les dérange pas autant que les autres travailleurs. Il n'est pas question de grève. Je ne crois pas qu'il puisse un jour avoir une grève en Nouvelle-Écosse.

Le sénateur Haidasz: D'après votre mémoire, vous voulez obliger des provinces à accepter l'arbitrage exécutoire lorsque vous faites allusion aux négociations sur la rémunération raisonnable.

M. Saxon: Nous avons mis au point, au fil des ans, un processus de négociation raisonnable qui n'a pas donné lieu à tellement de grincements de dents entre le corps médical et le gouvernement. Nous n'avons aucune raison d'entrer en conflit avec le gouvernement. Je ne crois pas que cela changerait le processus de négociation en Nouvelle-Écosse. Nous continuerons d'être raisonnables. Nous adopterons toujours le processus de négociation et je doute beaucoup que l'on arrive à l'arbitrage en Nouvelle-Écosse.

Le sénateur Haidasz: Mais croyez-vous que le gouvernement provincial pourrait refuser de se soumettre à l'arbitrage exécutoire?

M. Saxon: Notre ministre a dit—et il parlait également au nom de son gouvernement—qu'il n'était pas en faveur de l'arbitrage exécutoire. Il y a d'autres domaines en médecine où il existe une certaine forme d'arbitrage exécutoire officiel, mais cela s'arrête là. L'arbitrage exécutoire et la conciliation sont parfois nécessaires pour régler des différends.

Le président: Avez-vous d'autres questions à poser à M. Saxon? Je demanderais maintenant au sénateur Stewart, qui est originaire de la Nouvelle-Écosse et qui appuie votre mémoire, monsieur Saxon, de prendre la parole.

Le sénateur Stewart: Monsieur le président, j'ai en main le mémoire qui a été soumis au Comité permanent de la santé, du bien-être social et des affaires sociales de l'autre endroit. On y dit à la page 6:

[Text]

In our opinion, block funding, introduced in 1977, has been a major contributing factor in both underfunding situation that is with us today, and by its very nature has served as a major irritant or thorn in the side of federal/provincial relations.

It goes on to say:

First of all, under block funding the need for provinces to march federal contributions to the three specific programs disappeared. Provincial funds dedicated to the hospital and medical programs in relation to federal contributions diminished.

Do you have specific figures that back up that last proposition in relation to Nova Scotia?

Dr. Saxon: Mr. Chairman, just to finish off that point, we should read the next paragraph. The next paragraph says:

Secondly, the manipulation of statistics by the federal government and provincial governments muddled the financial waters to the extent that all data are now suspect. One would have to be at least an economic consultant to have any hope of comprehending the information being used by one side or the other to make its point.

The waters have indeed been muddled so much, and I would have to leave that as my answer to the previous paragraph in regard to amounts of funding. I think the basic thing is the block funding. When the existing government went into the scheme in 1977, they were a little against it and the present government is definitely against it. We want to see the method of funding come back to specific program financing.

Senator Stewart: This is an important question, because as I understood it, a good deal of the pressure for block funding did come from provincial governments because they wanted more freedom to use the money coming to them one way or another, either by means of cash from Ottawa or from tax revenue from abatement points, for purposes which they thought might be higher than the three established programs.

I raise that because, as the chairman has pointed out, this particular bill deals with hospitalization and medicare, whereas ostensibly it deals with the whole health field. Presumably, block funding would permit the provincial government to use the money that is not earmarked within these other health areas outside of the medicare and hospitalization program, and thus it seems to me would, in a sense, address precisely the kind of problem that is mentioned on pages 5 and 6 in your brief.

Dr. Saxon: Mr. Chairman, I think Justice Emmett Hall, on his fact-finding tour in 1980, said that he was happy that the provinces were using the block funding money in health. They were not spending it on roads or wharves or the various other projects. I think we would have to agree with that, but the medical society has been against block funding and continues to be against it. In common with the federal government, we

[Traduction]

A notre avis, le financement global, introduit en 1977, a été un des principaux facteurs qui a contribué au sous-financement que nous connaissons aujourd'hui et, de par sa nature même, un des principaux facteurs qui a nui aux relations fédérales-provinciales.

On y ajoute:

Premièrement, dans le cadre du financement global, il n'est plus nécessaire que les provinces versent des contributions équivalentes à celles du fédéral à l'égard de trois programmes précis. Les subventions provinciales destinées aux programmes d'assurance-hospitalisation et de soins médicaux ont diminué par rapport aux contributions fédérales.

Avez-vous des chiffres précis pour étayer ce dernier argument concernant la Nouvelle-Écosse?

M. Saxon: Monsieur le président, il faudrait terminer en lisant le paragraphe suivant qui dit:

Deuxièmement, la manipulation des statistiques par les gouvernements fédéral et provinciaux a contribué à embrouiller la situation financière au point où toutes les données sont maintenant douteuses. Il faudrait au moins être économiste pour pouvoir comprendre les renseignements qu'utilisé l'une ou l'autre des parties pour expliquer sa position.

Les données en fait sont tellement embrouillées que je dois m'en tenir à cette réponse en ce qui concerne les sommes versées. Je crois que le financement global constitue la question fondamentale. Le gouvernement, lorsqu'il a participé à ce régime en 1977, était un peu réticent alors qu'aujourd'hui, il s'y oppose totalement. Nous voulons que la méthode de financement s'applique à nouveau à des programmes précis.

Le sénateur Stewart: Il s'agit là d'une question importante parce que, d'après ce que je crois comprendre, dans le cas du financement global, ce sont les provinces qui exerçaient le plus de pression parce qu'elles voulaient qu'on leur accorde plus de latitude en ce qui concerne l'utilisation des fonds qui leur étaient versés en espèces par Ottawa, ou sous forme de recettes fiscales par l'entremise de crédits d'impôt, à des fins qu'elles jugeaient plus importantes que celles visées par les trois programmes établis.

J'en parle parce que, comme l'a souligné le président, bien que ce projet de loi traite de l'assurance-hospitalisation et de l'assurance-maladie, il englobe visiblement tous les soins de santé. On peut penser que le financement global permettrait au gouvernement provincial d'utiliser des fonds non réservés de ces autres services de santé pour les utiliser à l'extérieur du programme d'assurance-hospitalisation et d'assurance-maladie. Ce qui aurait, à mon avis, exactement trait au type de problème mentionné aux pages 5 et 6 de votre mémoire.

M. Saxon: Monsieur le président, je pense que le juge Emmett Hall, lors de sa tournée d'information de 1980, s'est dit heureux de constater que les provinces consacrent à la santé les fonds du financement global. Elles ne les affectaient pas à la construction de routes ni de quais ni à d'autres projets. Je pense que nous devrions le reconnaître, mais le corps médical s'est opposé et s'oppose encore au financement global. En

[Text]

want to have more visibility of where this money is going and feel that it should be programmed more specifically.

Senator Stewart: In other words, Mr. Chairman, if I understand correctly, Dr. Saxon would like all of the money that comes in, in one way or another from federal sources, either cash or revenue from tax points, to go either to hospitalization, using that word inclusively, or medicare and then deal with these other health matters in separate ways.

Dr. Saxon: Mr. Chairman, I am not sure what the senator means. What other health matters?

Senator Stewart: Let us say care for the aged.

Dr. Saxon: Mr. Chairman, some of these programs that we already have must be expanded. There must be new money coming in for the elderly. With the money we have right now, we cannot take care of the elderly.

Again, this bill does not look at that, but whether the money comes from the federal government or the provincial governments and whether it is shifted from other fields, albeit already economically strained fields, there must be new money found for these other programs. For instance, rehabilitation; the preventive aspects of life styles—smoking, seatbelt legislation, alcohol: These things must be addressed more than they are being addressed now, and this will take new money.

Senator Stewart: Perhaps I will come at my question from a different angle: Is it conceivable that provincial governments are using some of the flexibility in the block funding technique to divert money that the federal government may have regarded as being for hospitalization and medicare, for some of these other health matters? Your proposal is that these moneys be specifically earmarked for hospitalization and medicare, and then, conceivably, these other health questions could be dealt with quite separately?

Dr. Saxon: Mr. Chairman, in previous times when the economy was strong, the provinces decided to give the people pharmacare and dental care for the children. It must be understood that this is part of our health dollar and some of this money is going into those areas. I would not make a judgment that it should not go into those areas. Those areas need those dollars. However, there are other areas: The elderly and the other areas that we have discussed that will need new moneys and these new moneys should be infused by the federal government or the provincial government into those specific areas so that we can see where it is going. We are, in effect, asking for more visibility of where this money is going.

Mr. A. R. Blom, Director of Communications, Medical Society of Nova Scotia: Mr. Chairman, I think what we are

[Traduction]

accord avec le gouvernement fédéral, nous voulons voir plus précisément où passe cet argent, et nous estimons que son utilisation doit être planifiée de façon plus précise.

Le sénateur Stewart: Autrement dit, monsieur le président, si je comprends bien, M. Saxon voudrait que toutes les rentrées d'argent, qu'elles proviennent de source fédérale ou autre, sous forme de contributions pécuniaires ou de revenus de points d'impôt, servent à l'assurance-hospitalisation ou à l'assurance-maladie, et qu'on traite ensuite séparément de ces autres services de santé.

M. Saxon: Monsieur le président, je ne comprends pas bien ce que veut dire le sénateur. De quelles autres services de santé parlez-vous?

Le sénateur Stewart: Par exemple, des soins aux personnes âgées.

M. Saxon: Monsieur le président, certains des programmes actuels doivent être élargis. De nouveaux fonds doivent nous parvenir pour les services aux personnes âgées. Compte tenu des fonds dont nous disposons maintenant, nous ne pouvons pas bien les servir.

Ce projet de loi ne traite pas de cette question, mais que l'argent provienne du gouvernement fédéral, des gouvernements des provinces ou d'autres sources, bien que celles-ci soient déjà économiquement affaiblies, il faut injecter de nouveaux capitaux dans ces autres programmes. Par exemple, la réadaptation, les soins préventifs qu'exigent nos modes de vie. Je pense à la cigarette, à la législation relative au port de la ceinture de sécurité, à la consommation d'alcool. Il nous faut nous occuper davantage de ces aspects, et pour cela il nous faudra plus d'argent.

Le sénateur Stewart: Je poserai donc ma question d'une autre façon: est-il possible que les gouvernements provinciaux profitent de la souplesse du mode de financement global pour utiliser des fonds que le gouvernement fédéral peut avoir cru affectés à l'assurance-hospitalisation et à l'assurance-maladie, à certains autres services de santé? Vous proposez que ces fonds soient précisément réservés à l'assurance-hospitalisation et à l'assurance-maladie, et par conséquent ces autres services de santé pourraient être traités tout à fait séparément?

M. Saxon: Monsieur le président, à l'époque où l'économie était forte, les provinces ont décidé d'offrir aux gens une assurance-médicaments et de couvrir les soins dentaires destinés aux enfants. Il faut bien comprendre que les sommes que nous consacrons à la santé sont affectées en partie à ces objectifs. Je me garde bien de dire qu'elles ne devraient pas y être affectées. Ces programmes doivent être financés ainsi. Toutefois, il existe aussi d'autres domaines auxquels il faut songer: la situation des personnes âgées et ces autres services dont nous avons parlé et qui nécessiteront de nouvelles contributions que le gouvernement fédéral et les gouvernements des provinces devront injecter dans ces secteurs précis afin que nous puissions savoir où passe cet argent. Nous demandons en réalité que l'affectation réelle de ces fonds devienne plus visible.

M. A. R. Blom, directeur des communications, Medical Society of Nova Scotia: Monsieur le président, nous disons en

[Text]

essentially saying is that there is money going into the provincial programs. However, our concern is that this ongoing dispute with respect to whether it is 60/40 depends on the angle from which you regard the issue. This aspect has added to the confusion, to the underfunding and to the stories that we have all heard over the past year.

What we are saying is: No, it does not necessarily have to go in total into the hospitalization or medicare programs but it should be specifically programmed so that there can be public accountability and so that the federal government, rather than the provincial government, can receive recognition for the money it is pouring into these programs. In other words, when the time comes to decide who is funding what, there will be no juggling of figures, no grey areas; it will be black and white.

Block funding, in our estimation, added to the greyness of the concept of where the money was going. At the moment, we cannot tell specifically how many federal dollars go into pharmacare. Under the original arrangement, we know that the federal government only agreed to the insured services. What we are saying is that we would like to see funding go into programs that are specifically earmarked in order that either the federal government or the provincial government can give the public an accounting of what they are funding and what they are not.

Senator Stewart: I think that is a very helpful answer, Mr. Chairman. Thank you very much.

The Chairman: Just to follow that up, I would like to add that, in the province of Nova Scotia, the total cost of medicare expenses, including hospitalization and medicare, which is now provided under two separate pieces of legislation, is \$513.5 million. Of that total amount of money, by agreement under the legislation, the federal government contributes \$271.1 million. That amount represents 52.8 per cent of the total cost of medicare and hospitalization.

The problem is, of course, that the total cost of all health services in Nova Scotia is \$711 million. However, some of these health programs are not covered by the agreement with the government of Canada. That agreement covers only medicare and hospitalization, and the federal government gives the provinces a certain block of funds which they, in turn, are using for other things, namely homecare, extendicare, and things that are not covered strictly by hospitalization and medicare. Therefore, some of the dollars that should be going to the doctors for reasonable compensation is being used to pay for nursing home care or perhaps for an alcoholic treatment center. Indeed, perhaps some of it is going to pharmacare.

However, that money was originally allocated for medicare to pay for doctors and hospitalization. If you look at the figures, you will see that the federal government is paying to the province of Nova Scotia 32.8 per cent of the cost of medicare and hospitalization under the block funding program.

[Traduction]

somme que des fonds sont versés dans les programmes provinciaux. Toutefois, nous nous demandons si l'actuel différend, qui a trait à la question de savoir si les rapports sont de l'ordre de 40 à 60, ne dépend pas de la perspective dans laquelle on étudie la question. Cet aspect a ajouté à la confusion, aggravé le financement insuffisant et donné lieu aux histoires que nous avons toutes entendues l'année dernière.

À notre avis, il n'est pas nécessaire que tout soit dirigé vers les programmes d'assurance-hospitalisation et d'assurance-maladie, mais il faut assurer une planification assez précise pour qu'on puisse rendre des comptes à la population et que le gouvernement fédéral, et non provincial, puisse se voir confirmer l'utilisation des fonds qu'il a versés pour ces programmes. Autrement dit, quand vient l'heure de décider qui finance quoi, il n'y aura plus de vases des chiffres, ni de zones grises. Tout sera écrit noir sur blanc.

À notre avis, le financement global ajoute à l'obscurité de l'utilisation effective de l'argent versé. Pour l'instant, nous ne pouvons dire avec précision combien d'argent d'origine fédérale a été versé au programme assurance-médicaments. Nous savons qu'aux termes de l'entente initiale, le gouvernement fédéral n'avait accepté de participer qu'aux services assurés. Nous aimerions que le financement serve à des programmes qui sont précisément définis afin que le gouvernement fédéral et le gouvernement provincial puissent informer la population de ce qu'elle finance et de ce qu'elle ne finance pas.

Le sénateur Stewart: Je pense que c'est là une réponse très utile, monsieur le président. Je vous remercie beaucoup.

Le président: Pour poursuivre, j'aimerais ajouter qu'en Nouvelle-Écosse le coût total des dépenses d'assurance-maladie, y compris l'assurance-hospitalisation, dont on traite maintenant dans deux textes de loi distincts, est de l'ordre de 513,5 millions. De ce total, par une entente prévue dans la loi, le gouvernement fédéral verse 271,1 millions. Cette somme représente 52,8 p. 100 du coût total de l'assurance-maladie et de l'assurance-hospitalisation.

Le problème tient évidemment au fait que le coût total de tous les services de santé de Nouvelle-Écosse atteint 711 millions. Toutefois, certains de ces programmes de santé ne sont pas couverts par l'entente conclue avec le gouvernement du Canada. Cette entente ne couvre que l'assurance-maladie et l'assurance-hospitalisation, et le gouvernement fédéral accorde aux provinces une somme forfaitaire qu'elles utilisent pour d'autres besoins comme les soins en maison de santé, les soins complémentaires et d'autres services qui ne sont pas à proprement parler couverts par les régimes d'assurance-maladie et d'assurance-hospitalisation. Par conséquent, une partie de l'argent qui devra revenir aux médecins à titre de rémunération adéquate sert à payer les soins dispensés en maison de santé ou éventuellement à un centre de désintoxication pour alcooliques. Il se peut aussi qu'une part de cet argent serve aux programmes d'assurance-médicaments.

Cependant, cet argent a été initialement affecté au programme d'assurance-maladie pour payer les médecins et les frais d'hospitalisation. Étudiez les chiffres et vous verrez que le gouvernement fédéral verse à la Nouvelle-Écosse 32,8 p. 100

[Text]

Under the old system where the rule of thumb was a percentage of the total cost against the average costs in Canada, the federal government, through its auditors, looked at those accounts and made sure that the money was used for the program for which it was intended. However, the provinces reacted and said to the federal government: "You are interfering with our jurisdiction. This is a provincial jurisdiction. Give us so much money and we will administer it ourselves." The federal government then said: "Fine, we will give you so many millions of dollars." Now the federal government is giving the Province of Nova Scotia \$271.1 million. However, the Province of Nova Scotia takes the view that this is their jurisdiction, whether the money goes to hospitalization, to doctors, to nurses or to pharmacare.

Exactly the same situation would prevail under the roads and resources program. So much money is allocated for roads and resources, and the provinces are expected to use that money for those purposes. If they took that money and gave it to the doctors, there would be hell to pay. I am of the opinion that the medical societies of all the provinces should go back to their provincial governments and say, "Look, there is a great deal of money coming to our province from the federal government; in fact, what amounts to more than 50 per cent of the total cost of health care services. We think you should go back and negotiate on the system we had before when the allocations were earmarked so that you cannot take part of the funds that should be going to the doctors and in that way get reasonable compensation and make it into an extended home care program for VON nurses or something else." The provinces used to get about 50 per cent of the cost of medicare but now they are down to 40 per cent. However, they are not including only medicare; they are including the total health package. We do not have an agreement with the provinces for a total health package.

Dr. Saxon: There is no reason why we cannot get rid of the block funding system and go back. However, these other health matters are important as well. We have identified some serious needs in our society that are not being met. When are we going to sit down and start negotiating on these matters? We have tried to open up the Canada Health Act to get these things on the table. Let's get moving. Our elderly population is probably the number one problem, but there does not seem to be any momentum to deal with the issue or any of the unmet needs of the Canadian patient.

The Chairman: I agree with you. What you were saying is what I asked you initially. The package we have here is a small

[Traduction]

du coût de l'assurance-maladie et de l'assurance-hospitalisation aux termes du programme de financement global.

Dans l'ancien système, où l'on s'en tenait approximativement à un pourcentage du coût total comparé aux coûts moyens au Canada, le gouvernement fédéral, par l'intermédiaire de ses vérificateurs, examinait ces comptes et s'assurait que l'argent avait été effectivement utilisé pour le programme auquel il était destiné. Cependant, les provinces ont réagi et dit au gouvernement fédéral: «Vous empiétez sur un domaine qui relève de notre compétence. C'est un domaine de compétence provinciale. Donnez-nous tel montant et nous le gérerons nous-mêmes». Le gouvernement fédéral leur a répondu: «Très bien, nous vous donnerons tant de millions de dollars». Maintenant, le gouvernement fédéral accorde à la Nouvelle-Écosse 271,1 millions. Cependant, la Nouvelle-Écosse estime que ce domaine relève de sa compétence, que l'argent soit utilisé pour couvrir les frais d'hospitalisation, pour assurer la rémunération adéquate des médecins, ou des infirmières, ou pour couvrir le programme d'assurance-médicaments.

Il en serait exactement de même pour les programmes de construction de routes et d'exploitation des ressources. Une somme quelconque est affectée aux routes et à l'exploitation des ressources, et les provinces sont censées utiliser cet argent à ces fins. Si elles le prenaient pour le donner aux médecins, il y aurait des sommes considérables à verser. J'estime que les sociétés médicales de toutes les provinces doivent s'adresser à nouveau à leurs gouvernements provinciaux et leur dire: «Écoutez, le gouvernement fédéral verse énormément d'argent à notre province. En réalité, cette somme représente plus de 50 p. 100 du coût total des services de santé. Nous pensons que vous devriez renégocier en tenant compte du système que nous avions avant, à l'époque où les allocations étaient réservées, afin qu'il ne soit pas possible de retirer une part des fonds qui doivent revenir aux médecins et qu'ils obtiennent une rémunération adéquate; il faudrait le faire par un programme élargi de soins en milieu familial avec la participation des infirmières de l'Ordre de Victoria ou autrement. Les provinces obtenaient habituellement environ 50 p. 100 du coût de l'assurance-maladie, mais elles n'en obtiennent plus que 40 p. 100. Cependant, elles n'incluent pas que l'assurance-maladie. Elles incluent tout l'ensemble des services de santé. Nous n'avons pas conclu d'entente avec les provinces au sujet de la totalité des services de santé.

M. Saxon: Rien ne nous interdit de nous défaire du système de financement global et de revenir en arrière. Cependant, ces autres aspects des services de santé sont aussi importants. Nous avons relevé certains besoins de notre société qui ne sont pas satisfaits. Quand allons-nous nous rassembler et commencer à négocier? Nous avons tenté d'élargir la Loi canadienne sur la santé pour tirer ces choses au clair. Continuons d'avancer. Le vieillissement de la population est sans doute le plus grand problème, mais il semble n'exister aucune volonté de traiter de cette question ni d'aucun des besoins non satisfaits de la population canadienne en matière de santé.

Le président: Je suis d'accord avec vous. Vous parliez de ce que je vous ai demandé au début. L'entente que nous avons est modeste. Il s'agit de la Loi canadienne sur la santé, qui est fort

[Text]

one. We call it the Canada Health Act, which is really a misnomer because it deals only with hospitalization and medicare. What we should have is a total health package taking into account alcoholism treatment, primary care, chronic care, tuberculosis, rehabilitation and all these things. When we settle this extra billing and user fees program we should ask the federal minister and the 10 provincial ministers to get together and put forth a total health care package. Certainly new funds will be necessary. However, the federal government alone cannot come up with a program in these areas without the co-operation of the provinces because it is their jurisdiction. What I was asking you at the beginning was whether you would support a committee of the Senate which would talk to the ministries of health of the provinces, the federal minister of health, medical societies, health groups and consumer groups and get them together so that we might have a federal/provincial conference with the idea in mind of coming up with a comprehensive health care program for Canada.

Dr. Saxon: The rumour is that a number of provincial health ministers will be here next Tuesday and that they are hopping mad about the suggestions we have been making about clause 12(2). Why are they so upset? Isn't it reasonable to negotiate sensibly with somebody? Why should they be upset about adequate money for the hospitals? Perhaps it is their trouble with the definition. Perhaps they should take it to the federal court to get the full definition. We have to have a balance and the only way to have that balance when we are taking away extra billing and user fees is by providing for the physicians. Otherwise, you are leaving the physicians with absolutely no leverage at all. Of course, the provincial governments would love that because they could say, "We will give them 2 per cent this year and if they don't like it they can lump it." It is not fair play and it is not the Canadian way.

When Bill C-3 was drafted there were very few meetings with the provincial ministries of health. There is no reason to believe that suddenly next month the federal minister will be able to meet with the provincial ministers and come up with some fine definitions for the future of health care, although the minister has said that she will initiate some research, which is one of our basic recommendations, as to what federal money will be spent on in the future. There are no hard data on the matter. That is what we are pushing for. What we need now is something in Bill C-3 or following that will balance things.

The Chairman: Thank you Dr. Saxon and Mr. Blom for appearing here tonight. We have heard your comments and your feelings on the bill and we are sympathetic to them.

The committee will now hear representatives from the Canadian Hospital Association. We have with us Dr. Gustave Gingras, Chief Executive Officer and the President, Mr. Martin, who will make a presentation. I would like to point out that Dr. Gingras is a native of Prince Edward Island.

[Traduction]

mal nommée vu qu'il n'y est question que d'assurance-hospitalisation et d'assurance-maladie. Il nous faudrait une entente globale sur la santé qui tiendrait compte du traitement des alcooliques, des soins primaires, des soins pour malades chroniques, du traitement de la tuberculose, de la réadaptation et d'autres questions encore. Quand nous aurons réglé ce problème de surfacturation et de frais modérateurs, nous demanderons au ministre fédéral et aux dix ministres provinciaux de se réunir et d'élaborer une entente globale sur les soins de santé. Il faudra certainement de nouveaux fonds. Cependant, le gouvernement fédéral ne peut à lui seul soumettre de programme dans ces domaines sans s'assurer l'appui des provinces parce que ces questions relèvent de leur compétence. Je vous demandais au début si vous soutiendriez un comité sénatorial qui s'adresserait aux ministres de la Santé des provinces, au ministre fédéral de la Santé, aux groupes qui s'intéressent à la santé ainsi qu'aux utilisateurs des services de santé pour qu'ils se réunissent afin d'organiser une conférence fédérale-provinciale visant l'élaboration d'un programme complet de services de santé pour le Canada.

M. Saxon: J'ai entendu dire qu'un certain nombre de ministres de la Santé des provinces seront ici mardi prochain et qu'ils sont tout à fait furieux des propositions que nous avons faites au sujet du paragraphe 12(2). Pourquoi sont-ils si furieux? N'est-il pas raisonnable de vouloir négocier de façon sensée avec quelqu'un? Pourquoi seraient-ils si opposés à ce qu'on verse suffisamment d'argent aux hôpitaux? Peut-être est-ce une question de définition. Peut-être devraient-ils s'adresser à la Cour fédérale pour obtenir une définition complète. Nous devons équilibrer la loi, et la seule façon d'y parvenir, si l'on supprime la surfacturation et les frais modérateurs, c'est de subvenir aux besoins des médecins. Autrement, on ne laisse aucun moyen de pression aux médecins. Évidemment, les gouvernements provinciaux s'en réjouiraient parce qu'ils pourraient dire: «Nous leur donnons 2 p. 100 cette année et ils n'auront qu'à s'en contenter». Ce n'est pas de bonne guerre, et ce n'est pas conforme à l'esprit canadien.

La préparation du projet de loi C-3 n'a donné lieu qu'à de très rares rencontres avec les ministres provinciaux de la Santé. Il n'y a aucune raison de croire que, soudainement, le mois prochain, le ministre fédéral pourra rencontrer les ministres des provinces et en arriver à quelque belle définition de l'avenir des services de santé. Bien que le ministre ait dit qu'elle entreprendra quelques travaux de recherche, ce que nous avons entre autres choses recommandé, quant à l'utilisation future des fonds d'origine fédérale. Nous n'avons pas de données concrètes sur cette question. C'est ce que nous réclamons. Ce qu'il nous faut maintenant, c'est intégrer au projet de loi C-3 un élément qui permettra de faire la part des choses.

Le président: Je vous remercie MM. Saxon et Blom d'avoir comparu ce soir. Nous avons pris note de vos observations et de vos impressions sur le projet de loi et nous y sommes sensibles.

Le Comité entendra maintenant des représentants de l'Association des hôpitaux canadiens. Nous avons avec nous M. Gustave Gingras, président directeur général. L'Association exposera son point de vue par l'intermédiaire de son président, M.

[Text]

Dr. Gustave Gingras, Chairman, Canadian Hospital Association: Mr. Chairman and honourable senators, I was recently elected Chairman of the Board of the Canadian Hospital Association. I have with me Madame Claire Labrèche of Quebec, who preceded me as chairman, and also the president of the association, M. Jean-Claude Martin. We are a federation of associations consisting of 10 provincial associations and one territorial association. We have under us 161,000 beds throughout the country. As you probably know, we presented a brief to the committee of the House of Commons. At this point, I would like to ask Mr. Martin to present our remarks.

Mr. Jean-Claude Martin, President, Canadian Hospital Association: Mr. Chairman, honourable senators, I would like to give you some information pertaining to the Canadian Hospital Association's involvement in discussions with regard to Bill C-3. Following the presentation of Bill C-3 in the House of Commons and first and second reading, the Canadian Hospital Association, along with its 11 members, went into consultations to review and analyse the legislation. In January 1984 we presented a brief on Bill C-3 to the Minister of National Health and Welfare. The brief was divided into two sections. The first section dealt with what is known as the five conditions that were in the previous legislation, the Hospital Insurance and Diagnostic Services Act and the Medical Care Act.

The second part of the presentation to the minister on Bill C-3 dealt with the brief itself. The CHA, after doing a thorough study, and in consultation again with its members, made some suggestions with respect to a number of changes that could be reviewed and incorporated into the bill. The first two comments dealt with clauses 3 and 4 of the bill. The CHA brought to the minister's attention—and also to the attention of the House of Commons committee studying this legislation—the fact that the objectives described in the clauses 3 and 4 had no direct relationship to the content of the legislation itself. The CHA suggested that they be reviewed and adjusted to the objectives of the legislation and to the objectives stated publicly by the Minister of Health on numerous occasions.

The second issue we dealt with was the question of adequate funding of hospital institutions found in clause 12. Because of the difficulty we encountered in attempting to do a proper evaluation of the terminology used, it was felt that it would be better and more proper to leave that out or to change it so that it would be more applicable.

The other issue that the CHA addressed in the brief had to do with the clauses dealing with regulations and the fact that Bill C-3 gives tremendous power to the federal Minister of Health and Welfare with respect to drafting regulations. It was felt that this had to be clearly defined, and focus had to be brought on what kinds of regulations could be made in relation to the content of the bill itself.

[Traduction]

Martin. Je souligne que M. Gingras est originaire de l'Île-du-Prince-Édouard.

M. Gustave Gingras, président, Association des hôpitaux canadiens: Monsieur le président, honorables sénateurs, j'ai été récemment élu à la présidence du conseil d'administration de l'Association des hôpitaux canadiens. Je suis accompagné de M^{me} Claire Labrèche du Québec, qui m'a précédé à la présidence, ainsi que du président de l'Association, M. Jean-Claude Martin. Nous formons une fédération d'associations comprenant dix associations provinciales et une association territoriale. Nous supervisons 161,000 lits répartis dans tout le pays. Comme vous le savez sans doute, nous avons soumis un mémoire au Comité de la Chambre des communes. J'invite maintenant M. Martin à faire connaître nos observations.

M. Jean-Claude Martin, président, Association des hôpitaux canadiens: Monsieur le président, honorables sénateurs, j'aimerais vous faire part de certains renseignements ayant trait à la participation de l'Association des hôpitaux canadiens aux entretiens qui ont porté sur le projet de loi C-3. Après la présentation de ce projet de loi à la Chambre des communes, et à la suite de la première et de la deuxième lectures, l'Association des hôpitaux canadiens, avec ses onze membres, a procédé à des consultations pour examiner et analyser le texte de loi. En janvier 1984, nous avons présenté un mémoire sur le projet de loi C-3 au ministre de la Santé nationale et du Bien-être social. Le mémoire était divisé en deux sections. La première traitait de ce qu'on appelle les cinq conditions qui se trouvaient dans le texte législatif précédent, la Loi sur l'assurance-hospitalisation et les services diagnostiques ainsi que la Loi sur les soins médicaux.

La deuxième partie de l'exposé présenté au ministre au sujet du projet de loi C-3 a trait au mémoire lui-même. L'AHC, après avoir effectué une enquête approfondie, et en consultation avec ses membres, a fait quelques propositions relativement à un certain nombre de changements qui pourraient être examinés et intégrés au projet de loi. Les deux premières observations avaient trait aux dispositions 3 et 4 du projet de loi. L'AHC a attiré l'attention du ministre, et aussi celle du Comité de la Chambre des communes qui étudie le texte de loi sur le fait que les objectifs décrits aux dispositions 3 et 4 n'ont pas de rapport direct avec le contenu du texte de loi lui-même. L'AHC a proposé qu'on procède à un examen, et qu'on s'aligne sur les objectifs du texte de loi et ceux qu'a exposé publiquement le ministre de la Santé à de nombreuses reprises.

La deuxième partie du document a trait à la question du financement adéquat des institutions hospitalières dont il est question à l'article 12. En raison du mal que nous avons à effectuer une évaluation appropriée de la terminologie utilisée, nous avons pensé qu'il vaudrait mieux y renoncer, ou la modifier pour la rendre plus appropriée.

L'autre question qu'a étudié l'AHC dans son mémoire avait trait aux dispositions sur la réglementation et au fait que le projet de loi C-3 accorde un pouvoir extraordinaire au ministre de la Santé nationale et du Bien-être social en ce qui concerne l'établissement des règlements. Nous avons pensé qu'il fallait élucider cette question et se pencher sur le genre de règlements

[Text]

This document ended with a strong recommendation that the minister and the House of Commons consider the possible inclusion in the legislation of a Canada Health Council, a recommendation promoted by the Canadian Hospital Association since 1975. That recommendation was incorporated in Mr. Justice Hall's report of 1980; it was also incorporated in the 1982 task force report chaired by Mr. Breau. We also made that recommendation to the Honourable Mr. Donald Macdonald, the Chairman of the Royal Commission on the Economic Union and Development Prospects for Canada. We have received an indication that this will be looked on favourably by that commission and will be incorporated in its recommendations.

The Canadian Hospital Association was pleading for the establishment of a national forum where different people involved in the health field—be they representatives of the federal government, the provincial government, be they health professionals working in institutions, be they consumers of health services—could be brought together so that they could discuss Canada's health care system and where they want that to go in the future. That was a major recommendation in the brief sent to the minister.

Following that we appeared before the House of Commons Committee on Health, Welfare and Social Affairs on February 14, 1984. In the brief we submitted to that committee we reiterated our position with respect to the bill's objectives. Clauses 3 and 4 do not relate adequately to the content of the legislation, and we hope that this will be dealt with and that we can, in a larger forum—the Canada Health Council—discuss the issues brought forward in the debate before the House of Commons committee. Those issues could be discussed in such an open forum and, hopefully, could be agreed upon and put into the political process for possible decision. It was left that rather than throw all of those recommendations into the political process at this time without having all the necessary background information, more thinking and more research should be done so that we could make adequate and proper recommendations.

We are pleased to report, Mr. Chairman, that the House of Commons committee reviewed Bill C-3. We have received a copy of the amended bill, as reported to the House of Commons on March 21. We agree with the recommendations pertaining to hospitals. I think they reflect the suggestions and recommendations the Canadian Hospital Association made to the House of Commons committee. We are prepared to support and endorse this bill.

I would like to reiterate that we are talking in the name of hospitals and whatever concerns hospitals within Bill C-3. We are aware that some clauses of the bill deal with other professions, members of which are not necessarily members of the CHA.

[Traduction]

qui pourraient être établis dans le cadre du projet de loi proprement dit.

À la fin du document, l'Association des hôpitaux du Canada recommandait fortement comme elle le fait depuis 1975, que le ministre et la Chambre des communes envisagent d'incorporer dans le projet de loi la création d'un Conseil de santé du Canada. Cette recommandation a été incorporée dans le rapport de 1980 de M. le juge Hall, ainsi que dans le rapport de 1982 du groupe de travail présidé par M. Breau. Nous l'avons également présentée à l'honorable M. Donald Macdonald, président de la Commission royale sur l'union économique et les perspectives de développement du Canada. On nous a déclaré que la Commission l'examinerait favorablement et l'incorporerait aux siennes.

L'Association des hôpitaux du Canada recommandait fortement de créer une tribune nationale où les personnes s'intéressant à la santé—représentants du gouvernement fédéral et des provinces, professionnels de la santé travaillant dans des établissements, clientèle des services de santé—pourraient se réunir et s'entretenir du système de santé au Canada et de l'avenir qu'elles désirent lui réserver. Cette recommandation importante figurait dans le mémoire adressé au ministre.

Le 14 février 1984, nous avons comparu devant le Comité de la santé, du bien-être social et des affaires sociales de la Chambre des communes. Dans le mémoire que nous avons présenté à ce Comité, nous avons réitéré notre position à l'égard des objectifs du projet de loi. Comme les articles 3 et 4 ne coïncident pas exactement avec la teneur du projet de loi, nous espérons qu'on se penchera sur cette question et que nous pourrions, dans le cadre d'une plus large tribune—le Conseil de santé du Canada—discuter des questions soulevées au cours du débat devant le Comité de la Chambre des communes. Cette tribune étant libre, il est à espérer qu'on pourra s'entendre et prendre éventuellement une décision dans le cadre du processus politique. Nous avons pensé qu'au lieu d'incorporer maintenant toutes ces recommandations dans le processus politique, alors que nous ne disposons pas encore de tous les renseignements de référence nécessaires, il serait préférable de s'adonner à une plus longue réflexion et d'effectuer plus de recherches, de façon à formuler des recommandations justes et appropriées.

Monsieur le président, nous sommes heureux de vous signaler que le Comité de la Chambre des communes a examiné le projet de loi C-3. Nous avons reçu une version modifiée du projet de loi renvoyé à la Chambre des communes le 21 mars. Nous sommes d'accord avec les recommandations portant sur les hôpitaux et, à mon avis, elles reflètent les suggestions et les recommandations que l'Association des hôpitaux du Canada a faites au Comité de la Chambre des communes. Nous sommes tout disposés à appuyer ce projet de loi et à y souscrire.

Je répète que nous nous faisons le porte-parole des hôpitaux et que tous les articles du projet de loi C-3 qui concernent les hôpitaux nous intéressent. Nous savons que certains articles traitent d'autres professions, dont les membres ne font pas nécessairement partie de l'Association des hôpitaux du Canada.

[Text]

We would like to reiterate our position with regard to the establishment of a Canada Health Council, and following the discussion on Bill C-3 in the House of Commons as recently as last Tuesday, a letter was sent to the minister, the Honourable Monique Bégin, and to all members of Parliament stressing again the need to incorporate in this legislation a mechanism to study further all other issues that could not be dealt with in Bill C-3.

Mr. Chairman, those remarks represent the position of the Canadian Hospital Association at this time.

The Chairman: Thank you, Mr. Martin.

Senator Haidasz: Am I correct in saying that your association approves the elimination of hospital user fees?

Mr. Martin: Mr. Chairman, on four occasions the hospital association publicly indicated that if user fees were hindering access to hospitals or to health care, it would be opposed to them. Based on studies that were carried out in Saskatchewan, and also on studies published by the Ontario Health Council, which have clearly demonstrated that user fees are a deterrent to use of the facilities, and were actually hitting those who could not afford health care, the association came out against them. They were a deterrent to those people who really needed care. Based on those two studies, we felt we should not necessarily support user fees.

Senator Haidasz: In your opinion, is there an under supply or an over supply of acute treatment beds in your hospitals?

Dr. Gingras: It would appear to us that the number of beds for acute therapy in Canada is probably sufficient, but I would certainly like to emphasize what was said by the previous group that appeared before this committee—that what is absolutely needed—and it was needed yesterday—is more facilities for chronics, for older people, and those who, because of the modern trend of living, cannot live in their homes any more. This is what we think, and we agreed on this and sent questionnaires to various hospitals, especially long-term institutions, to determine what they felt, and those are the answers we received from them.

Mr. Martin: In raising this issue it has to be in relation to something, what is it in relation to. Is the demand being met? This is an extremely difficult question to answer. There might be an under supply in a certain part of the country; there might be an over supply in another part of the country. That depends on the demand. Again, that depends on the mix of patients you have in every institution. I do not think we have accurate figures with respect to the number of beds occupied by long-term patients, but that can range from zero to 30 per cent in certain areas of the country.

So, when referring to "acute" hospital beds, is it after you have removed all the patients who could be treated at home, in

[Traduction]

Je voudrais réitérer notre position à l'égard de la création d'un Conseil de santé du Canada; à la suite des débats qui ont eu lieu à la Chambre des communes au sujet du projet de loi C-3, dès mardi dernier, nous avons adressé une lettre au ministre, l'honorable Monique Bégin, ainsi qu'à tous les députés, soulignant encore une fois la nécessité d'incorporer dans ce projet de loi un mécanisme chargé d'étudier plus longuement toutes les autres questions n'ayant pu y être traitées.

Monsieur le président, les observations que je viens de faire reflètent la position actuelle de l'Association des hôpitaux du Canada.

Le président: Je vous remercie, monsieur Martin.

Le sénateur Haidasz: Ai-je raison de dire que votre association est d'accord avec la suppression des frais modérateurs dans les hôpitaux?

M. Martin: Monsieur le président, à quatre reprises, l'Association des hôpitaux a déclaré publiquement que si les frais modérateurs entravaient l'accès aux hôpitaux ou aux soins, elle s'y opposait. Après avoir tenu compte d'études menées en Saskatchewan et d'études publiées par le Conseil de la santé de l'Ontario, qui ont clairement démontré que les frais modérateurs ne découragent pas l'utilisation des installations, mais nuisaient en réalité à ceux qui n'avaient pas les moyens de recourir à des soins, l'Association a décidé de s'y opposer, car ils dissuaderaient ceux qui avaient vraiment besoin de recevoir des soins. En nous fondant sur ces deux études, nous avons jugé que nous ne devions pas nécessairement appuyer le principe des frais modérateurs.

Le sénateur Haidasz: A votre avis, les lits réservés au traitement de maladies graves sont-ils trop ou pas assez nombreux dans vos hôpitaux?

M. Gingras: Il nous semble qu'au Canada le nombre de lits réservés au traitement de maladies graves soit suffisant, mais j'aimerais bien réitérer ce qu'a déclaré le groupe qui a comparu avant nous devant le Comité—que ce dont nous avons absolument besoin, et dont nous avons toujours eu besoin, c'est d'un plus grand nombre d'installations pour malades chroniques, pour personnes âgées et pour ceux qui, en raison des impératifs de la vie moderne, ne peuvent plus habiter dans leur foyer. C'est notre avis; après en avoir convenu, nous avons adressé des questionnaires à divers hôpitaux, notamment des établissements pour patients à long terme, afin de connaître leur opinion. Ce sont les réponses qu'ils nous ont données.

M. Martin: Lorsque nous soulevons cette question, il faut que ce soit en relation avec autre chose. Avec la demande à satisfaire? C'est une question à laquelle il est extrêmement difficile de répondre. Il n'y a peut-être pas suffisamment de lits dans une certaine partie du pays, et trop dans une autre. C'est la demande qui en décide. Encore une fois, cela dépend du genre de patients admis dans chaque établissement. Je ne pense pas que nous ayons des statistiques précises au sujet du nombre de lits occupés par des patients à long terme, mais ils peuvent varier entre zéro et 30 p. 100 dans certaines parties du pays.

Ainsi, lorsque vous faites allusion aux «lits d'hôpitaux réservés au traitement de maladies graves», parlez-vous des lits dont

[Text]

nursing homes, and so forth, or do you mean as things exist now? That is always a difficult issue because it is always in relation to something else. There are so many beds and so many people, and if they all have the same illness, they require the same kind of treatment.

Senator Haidasz: Since we hear and read almost daily that there are long waiting lists for hospital beds, I assume there is a shortage of hospital beds for acute treatment or referrals?

Dr. Gingras: The answer to your question, sir, is that there is no way of "getting rid" of some types of patients in hospitals. We do not have statistics in Canada with respect to the number of people who are in hospital and should not be there. However, in the U.K. recent statistics indicate that 60 per cent of patients residing in general hospitals, acute institutions, should not be there. The length of time these people remain in hospital is greatly elongated, if I may say so, because there is no way out for them—there is a lack of secondary facilities. This point was well expressed by my colleague.

Senator Haidasz: My other question, Mr. Chairman, is with respect to the cost of hospital treatment or hospital care. Is it true that it costs the country three times as much to run a hospital as opposed to medical care services provided by physicians?

Mr. Martin: Again, I would like to know in comparison to what? Are you referring to the care given in a very sophisticated tertiary unit at the Toronto General Hospital as opposed to the care given in a rural hospital in Saskatchewan which has probably 15 to 25 beds? We are dealing with two completely different types of institutions from the professional staff point of view, depending on the type of patients being treated and the type of technical resources available. It is quite true that costs vary from institution to institution. For instance, if you go to the Montreal Neurological Institute, the Children's Hospital in Toronto or a rural hospital in Alberta there will be three different sets of prices. Again, you are dealing with very different types of institutions; I do not think they can be compared in terms of the services which can be rendered to the population. I am not saying the people do not require the services of the Montreal Neurological Institute, however, it just so happens that there are a few institutions of that type in Canada.

Senator Haidasz: The taxpayers of Canada are puzzled, for instance, with respect to the Toronto hospital when they are told that it costs the hospital \$300 a day to keep a patient there if that patient has OHIP hospital insurance. For those patients who do not have that insurance and are residents of Canada we are told it costs between \$400 to \$500 a day for the same bed. If you happen to be a visitor from another country the hospital charges \$900 a day for the same bed. How come there is such a discrepancy for three different types of patients utilizing the same hospital bed in the same hospital in the same city?

[Traduction]

on a retiré tous les malades qui pouvaient être traités à domicile, dans des maisons de repos et ainsi de suite? C'est toujours une question difficile à débattre, parce qu'il faut toujours la mettre en relation avec autre chose. Il y a tant de lits et tant de personnes; si ces dernières sont toutes atteintes de la même maladie, elles ont besoin du même genre de traitement.

Le sénateur Haidasz: Comme presque tous les jours on nous dit et nous lisons dans la presse, qu'il y a de longues listes d'attente pour des lits d'hôpital, puis-je présumer qu'il y a pénurie de lits réservés au traitement de maladies graves ou aux cas de renvoi?

M. Gingras: Monsieur, il n'y a aucun moyen de se «débarasser» de certains types de patients admis dans les hôpitaux. Au Canada, aucune statistique ne révèle le nombre de personnes admis dans des hôpitaux, mais qui ne devraient pas y être. Toutefois, des statistiques recueillies récemment au Royaume-Uni indiquent que 60 p. 100 des patients admis dans des hôpitaux généraux, des établissements de traitement de maladies graves, ne devraient pas s'y trouver. Ces personnes y demeurent beaucoup plus longtemps qu'elles ne le devraient, parce qu'on ne sait pas où les envoyer—il y a une pénurie d'établissements secondaires. Mon collègue a très bien exposé cet aspect de la situation.

Le sénateur Haidasz: Monsieur le président, mon autre question porte sur le coût des traitements ou des soins hospitaliers. Est-il vrai qu'au Canada, les frais d'hospitalisation sont trois fois plus chers que ceux des services assurés par des médecins?

M. Martin: Encore là, je voudrais que vous me donniez un moyen de comparaison. Faites-vous allusion aux soins assurés dans une unité tertiaire très sophistiquée de l'Hôpital général de Toronto, par opposition aux soins dispensés dans un hôpital rural de la Saskatchewan qui compte probablement entre 15 et 25 lits? Nous avons affaire à deux genres d'établissements tout à fait différents si l'on tient compte des employés professionnels, du genre de patients traités et du genre de ressources techniques disponibles. Il est bien vrai que les frais varient d'un établissement à l'autre. Par exemple, les frais de l'Institut de neurologie de Montréal, de l'Hôpital pour enfants de Toronto ou d'un hôpital rural d'Alberta sont tous différents. Je le répète, vous avez affaire à des genres d'établissements très différents; je ne pense pas qu'on puisse comparer les services qui peuvent y être assurés. Je ne dis pas que la population n'a pas besoin des services de l'Institut de neurologie de Montréal, mais il se trouve qu'il y a quelques établissements de ce genre au Canada.

Le sénateur Haidasz: Les contribuables canadiens restent perplexes lorsqu'on leur dit qu'à l'hôpital de Toronto, par exemple, il en coûte à l'hôpital 300 \$ par jour pour garder un patient qui adhère au Régime d'assurance-hospitalisation de l'Ontario. On nous dit que les résidents du Canada qui ne possèdent pas cette assurance doivent payer entre 400 \$ et 500 \$ par jour pour avoir un lit. En outre, l'hôpital demande 900 \$ par jour pour le même lit à un étranger en visite au Canada. Comment se fait-il qu'il y ait un si grand écart entre trois différentes catégories de malades occupant le même lit, dans le même hôpital, dans la même ville?

[Text]

Mr. Martin: Mr. Chairman, in attempting to answer this question I must say that the per diem rate is a very arbitrary figure; it does not necessarily reflect actual costs. By order in council of governments hospitals are asked to charge differentials to different people, those from outside the country and so on. This is not a decision made by the institution. With respect to the per diem rate of the institution, it is relatively simple. That rate is arrived at by taking the number of patient days and the number of beds into consideration which gives you the cost per day, which can vary from one institution to the other. Institutions are operating on budgets which for many years were reviewed line by line by every government in this country. Since a number of hospitals, like government, have gone into global budgets, which is the equivalent of block funding, they are allocated a total amount of money plus a percentage for increases every year. They have to live within the resources available. However, there will be a price differential from one institution to another and from one part of the country to the other. It is something which happens all over the world. It is the same in the U.S. and Europe. Unfortunately, institutions are not identical to one another; they do not necessarily offer the same type of service; nor do they have the same type of equipment. Each hospital was not built in the same year; they do not have the same number of staff, and so on.

Senator Haidasz: Do you think it is just and moral for the same hospital to have three different per diem charges ranging from \$300 a day for OHIP covered patients, \$400 a day for a patient who happens to have allowed his OHIP payment premiums to lapse, to \$900 a day for a visitor from another country?

Dr. Gingras: I am afraid that the decision to charge more to people coming from outside the country, or outside the province, is not a decision taken by the hospital; rather, it is a decision taken by the provincial governments. Furthermore, we find exactly the same type of situation happening in universities where students from outside the country must be charged much more than local students, sometimes up to 100 per cent more. These are the types of directives which come from governments, not from us.

Senator Haidasz: I want to know whether your association condones this practice of the governments?

Dr. Gingras: We feel that it is a bit exaggerated.

Senator Haidasz: Thank you, Dr. Gingras. I enjoyed your company during our visit to Czechoslovakia.

Dr. Gingras: I remember it very well, sir.

The Chairman: Perhaps you could give me your thoughts with respect to the amendment put forward whereby chronic care patients on the advice of the attending physician could be charged for room and board. Does the hospital association approve of the amendment?

Mr. Martin: Yes, we do.

The Chairman: You approve of it?

[Traduction]

M. Martin: Monsieur le président, avant de répondre à cette question, je dois préciser que le tarif journalier est très arbitraire; il ne reflète pas nécessairement les coûts réels. En vertu d'un décret du gouvernement, les hôpitaux doivent imposer des tarifs différents selon que le malade vient de l'étranger ou qu'il se trouve dans une catégorie ou une autre. Ce n'est donc pas l'établissement qui décide. En ce qui concerne le tarif journalier de l'établissement, le calcul est relativement simple. Il s'agit de compter le nombre de jours/malades et le nombre de lits pour obtenir le coût par jour, lequel peut varier d'un établissement à l'autre. Pendant bien des années, les budgets des établissements hospitaliers étaient examinés à la loupe par le gouvernement. Mais, depuis qu'un certain nombre d'hôpitaux ont adopté, tout comme le gouvernement, la méthode du financement global, ces établissements se voient maintenant attribuer un montant global, augmenté chaque année d'un certain pourcentage pour tenir compte de la progression des coûts. Ils doivent donc fonctionner avec les ressources dont ils disposent. Cependant, les tarifs varient d'un établissement à l'autre, et d'une région du pays à l'autre. C'est la même chose partout au monde, notamment aux États-Unis et en Europe. Malheureusement, les établissements ne sont pas identiques les uns aux autres; ils n'offrent pas nécessairement le même type de service et ils ne disposent pas non plus du même type de matériel. Ils n'ont pas tous été construits la même année, n'ont pas tous les mêmes effectifs, et j'en passe.

Le sénateur Haidasz: Croyez-vous qu'il est juste et équitable que, dans un même hôpital, on impose trois tarifs journaliers différents, allant de 300 \$ par jour pour le malade qui participe au RAMO à 400 \$ par jour pour celui qui aurait négligé de payer ses primes et à 900 \$ par jour pour un visiteur d'un pays étranger?

M. Gingras: Ce n'est pas l'hôpital qui décide d'exiger des frais plus importants des malades qui viennent d'un autre pays ou d'une autre province, mais bien le gouvernement provincial concerné. Par ailleurs, c'est exactement ce qui se passe dans les universités, où les frais de scolarité sont beaucoup plus élevés—ils passent parfois du simple au double—pour les étudiants étrangers que pour les étudiants de la région. Les directives comme celles-là viennent des gouvernements et non de nous.

Le sénateur Haidasz: Je voudrais savoir si votre Association approuve cette façon de faire des gouvernements.

M. Gingras: Nous y voyons un peu d'exagération.

Le sénateur Haidasz: Merci, monsieur Gingras. Je vous ai trouvé de très bonne compagnie lors de notre séjour en Tchécoslovaquie.

M. Gingras: J'en garde un vif souvenir, sénateur.

Le président: Peut-être pourriez-vous me dire ce que vous pensez de l'amendement proposé selon lequel les personnes souffrant de maladies chroniques pourraient, sur l'avis du médecin traitant, se voir imposer des frais d'hébergement et de pension? L'Association des hôpitaux du Canada approuve-t-elle cet amendement?

M. Martin: Oui, nous l'approuvons.

Le président: Vous l'approuvez?

[Text]

Mr. Martin: Yes, Mr. Chairman. That is not something new, it was in place before. It is not a new approach. Chronic care as per the Hospital Insurance and Diagnostic Services Act and the Medical Care Act is not included under the Canada Assistance Program. It is something which is not covered anywhere. So a user charge is a possibility because it is not necessarily part of the two pieces of legislation.

Dr. Gingras: As long as it is reasonable, Mr. Chairman.

The Chairman: However, you agree with the principle expressed in subclause (2) of clause 19 which states:

—does not apply in respect of user charges for accommodation or meals provided to an in-patient who, in the opinion of the attending physician, requires chronic care and is more or less permanently resident in a hospital or other institution.

Dr. Gingras: We agree with this provision, Mr. Chairman.

The Chairman: So this means that some of these people can be taken out of acute hospital beds and put into chronic hospital beds and can be charged for room and board as a user fee?

Dr. Gingras: Yes; if I could add that I hope that within a reasonable time arrangements will be made so that more people are treated in their homes. I would just like to mention the wonderful initiative taken by the New Brunswick government which now has an extramural hospital. This is probably the answer for the future since we believe that chronics and older people constitute the main socioeconomic and medical problems today and will be such until the end of this century and certainly into the next—there is no doubt about that.

The Chairman: If 60 per cent of the people in hospital today, who are there longer than they need to be or who could be somewhere else, could be put into a chronic hospital in order to make those beds available for acute or active treatment, then do you feel that we have enough active treatment beds at the present time in Canada? Whether they are allocated properly or not is a different matter, but are these sufficient beds in Canada for active treatment, especially if those chronics are taken out and put into chronic-care hospitals?

Dr. Gingras: Mr. Chairman, it would be difficult for me to change my mind on this matter since I have said in speeches about 500 times in the last few years that we have enough acute beds and what we need is treatment in chronic hospitals, and particularly in the homes of patients.

The Chairman: Are there any further questions?

[Traduction]

M. Martin: Oui, monsieur le président. Cet amendement ne représente pas une nouveauté. En effet, aux termes de la Loi sur l'assurance-hospitalisation et les services diagnostiques et de la Loi sur les soins médicaux, les soins de longue durée ne sont pas compris dans le Régime d'assistance publique du Canada. Ces soins ne sont couverts par aucune formule de sécurité sociale. Les frais modérateurs sont donc une possibilité, puisque ni l'une ni l'autre des deux lois ne s'appliquent à ces soins.

M. Gingras: A condition qu'ils soient raisonnables, monsieur le président.

Le président: Vous êtes cependant d'accord avec le principe exprimé au paragraphe (2) de l'article 19, où il est dit:

... ne s'applique pas aux frais modérateurs imposés pour l'hébergement ou les repas fournis à une personne hospitalisée qui, de l'avis du médecin traitant, souffre d'une maladie chronique et séjourne de façon plus ou moins permanente à l'hôpital ou dans une autre institution.

M. Gingras: Nous sommes d'accord avec cette disposition, monsieur le président.

Le président: Si je comprends bien, certains de ces malades peuvent être transférés d'une unité de soins actifs à une unité de soins de longue durée et se voir imposer des frais modérateurs sous forme de frais d'hébergement et de pension?

M. Gingras: En effet, mais je tiens à ajouter que j'espère que des dispositions seront bientôt prises pour qu'un plus grand nombre de malades puissent recevoir des soins à domicile. Je veux simplement mentionner l'heureuse initiative du gouvernement du Nouveau-Brunswick, qui a mis sur pied un centre de soins péri-hospitaliers. C'est sans doute là la voie de l'avenir. Nous pensons en effet que les personnes souffrant de maladies chroniques et les personnes âgées sont à l'origine de la majorité des problèmes socio-économique et médicaux d'aujourd'hui, et qu'il en sera ainsi, à n'en pas douter, jusque dans le siècle prochain.

Le président: En supposant que les 60 p. 100 de malades qui occupent inutilement un lit d'hôpital soient envoyés dans un hôpital pour les maladies chroniques de façon que ces lits puissent servir aux soins actifs, croyez-vous que nous avons à l'heure actuelle suffisamment de lits pour soins actifs au Canada? Si on fait abstraction de la façon dont ils sont attribués, croyez-vous qu'il y a suffisamment de lits pour soins actifs au Canada, en supposant notamment que les personnes souffrant de maladies chroniques soient envoyées dans des hôpitaux à leur intention?

M. Gingras: Monsieur le président, je pourrais difficilement changer d'avis sur cette question, puisque j'ai déjà dit environ 500 fois, dans les discours que j'ai prononcés ces dernières années, que nous avons suffisamment de lits pour soins actifs et que ce qu'il nous faut, ce sont des hôpitaux pour les maladies chroniques, et plus particulièrement des services de soins à domicile.

Le président: Y a-t-il d'autres questions?

[Text]

Senator Haidasz: Could our witnesses tell us approximately, in round figures, how many hospitals lose money per year and how many hospitals have a surplus at the end of the year?

Mr. Martin: There is no straight answer. Traditionally, the government has accepted the responsibility to pay for the costs of operating health care institutions for the care of sick people who qualify. Under the budgetary system, you are allocated a budget if and when you can demonstrate that the services that you have rendered to patients are there. Most of the time the government has reimbursed the institution. That notion of a surplus or a deficit is not similar to a business enterprise. There is a commitment between the institution and the government to see that care is provided. Most of the time hospitals have been in a deficit position for a period of time, and through a government decision money has been allocated to fund the hospital. I think there is a clear understanding between the institutions and the government that this is how it can work. Hospitals have now tried to live within their budget which makes them use their imagination to be effective. I do not think you have heard of a hospital that has gone bankrupt in Canada. Most of the time the money has been paid. It is true that at some period of time some hospitals are in very heavy deficit positions which eventually change. For example, Notre Dame Hospital went up from a \$20 million deficit and it changes all the time, but it is recognized as a service that has to be rendered to patients. Most of the time hospitals are reimbursed. With the Vancouver General or big institutions that were in huge deficit positions, eventually their financial position was taken care of by government.

The other alternative would be that if you give a per diem rate and you stick with it, but I do not think that is within the spirit of the law and the spirit of Canadians.

Senator Haidasz: In the case of those hospitals that have a surplus after an operating year, do you think that surplus should be given back to the provincial government or put in a special fund to help the health care system finance other projects?

Dr. Gingras: Mr. Chairman, I feel that if the hospital is administered well enough to make a profit, they should be compensated and be able to keep that money to enlarge and better their facilities. I have been in this particular circumstance where we made a profit but it was taken away from us.

Mr. Martin: As an additional comment, Dr. Gingras explained the situation very well, but, again, if it is a matter of being more efficient and saving some money and having a surplus that is fine. However, if the situation changes then that is another matter. Some situations have turned around quite drastically. Hospitals are dealing with public money and if it is a matter of efficiency, there is no problem; if it is a matter of a change in the situation, for example, a drop in the number of patients, one would have to be extremely careful that all of a

[Traduction]

Le sénateur Haidasz: Nos témoins pourraient-ils nous dire, en chiffres approximatifs, combien d'hôpitaux se trouvent en situation déficitaire et combien enregistrent un excédent à la fin de l'année?

M. Martin: Il n'y a pas vraiment de réponse catégorique à cette question. L'usage veut que le gouvernement assume la responsabilité des dépenses effectuées par les établissements de santé pour donner des soins aux malades qui y sont admissibles. En vertu du système budgétaire, les établissements se voient attribuer un budget à la condition de pouvoir prouver que les services dispensés aux malades existent bel et bien. Le plus souvent, le gouvernement rembourse à l'établissement les sommes dépensées. Ainsi, la notion d'excédent ou de déficit n'est pas la même que dans le contexte d'une entreprise, car l'établissement et le gouvernement s'engagent tous les deux à assurer les soins nécessaires. La plupart du temps, les hôpitaux se trouvent en situation déficitaire pendant un certain temps, jusqu'à ce que le gouvernement intervienne pour éponger le déficit en question. Je crois qu'il est bien entendu, entre les établissements et le gouvernement, que c'est ainsi que les choses doivent se passer. Les hôpitaux essaient maintenant de fonctionner sans dépasser les limites de leur budget, ce qui les oblige à faire preuve d'imagination. Je ne crois pas que vous ayez jamais entendu parler d'un hôpital qui ait fait faillite au Canada. Le plus souvent, la note a été acquittée. Il est vrai que certains hôpitaux ont parfois de très gros déficits, mais leur situation financière finit par changer. Ainsi, l'hôpital Notre-Dame s'est tiré d'un déficit de 20 millions, et sa situation financière fluctue constamment, mais les services qu'il dispense sont reconnus comme nécessaires. La plupart du temps, les hôpitaux sont remboursés. Dans le cas des grands établissements, comme l'Hôpital général de Vancouver, qui avaient enregistré d'énormes déficits, le gouvernement est intervenu pour régler leur situation financière.

L'autre solution serait d'imposer un tarif journalier et de ne pas en déroger, mais je crois que cette procédure ne serait conforme ni à l'esprit de la loi, ni aux principes des Canadiens.

Le sénateur Haidasz: Lorsque les hôpitaux enregistrent un excédent d'exploitation à la fin de l'année, croyez-vous que cet excédent devrait être retourné au gouvernement provincial ou versé dans une caisse spéciale destinée à aider le secteur de la santé à financer d'autres projets?

M. Gingras: Monsieur le président, j'estime que l'hôpital qui, grâce à l'efficacité de son administration, réalise un bénéfice devrait en être récompensé et qu'il devrait pouvoir se servir de cet argent pour agrandir et améliorer ses installations. Je sais, pour en avoir fait l'expérience, ce que c'est que de se voir retirer ses bénéfices.

M. Martin: M. Gingras a très bien expliqué la situation mais, encore une fois, si l'excédent vient d'une plus grande efficacité qui a permis de faire des économies, il n'y a pas de problème. Par contre, si la situation a changé, c'est une autre histoire. On a déjà vu des revirements de situations assez spectaculaires. Les hôpitaux dépensent les deniers publics et si l'excédent tient à une question d'efficacité, il n'y a pas de problème. Cependant, si la situation change, s'il y a, par exemple, une baisse du nombre de malades, il faudrait s'assurer de ne

[Text]

sudden one does not end up with a surplus resulting in the closing of a department because there is no need for it. I have seen many instances where medical departments are closing across the country and yet the budget has not been adjusted. It just happened that 50 or 60 beds were not used and the hospital was left with a surplus. I do not think in this situation it would be justifiable to keep the money because that money would have to be used elsewhere.

Dr. Gingras: Mr. Chairman, Mr. Martin has spoken of exceptional circumstances. I was speaking of normal circumstances.

Senator Haidasz: Thank you, Mr. Chairman.

The Chairman: I should like to ask a couple of questions. How much money would be donated to hospitals by private individuals or estates over and above what the government contributes and the other income that you would have? What kind of money comes in from the general public?

Dr. Gingras: During the course of the past year we have investigated this and I believe that Mr. Martin can elaborate on that.

Mr. Martin: At the present time from grants and donations, which would be known as private money, we would be speaking in the range of approximately \$10 million. This would be on a countrywide basis, and then the question arises as to whether it is money that is pledged or received immediately. Twice a year we do a survey of every hospital and health care institution across the country by an organization called Institute of Donations and Research into Public Affairs. The hospitals report the fund-raising campaign that they have and the amount of money that they hope to raise. The difficulty is that this usually goes over a period of three to five years. Some people pledge \$500 to the institution in sums of \$100 a year for five years, so it is difficult to get an accurate figure.

The other thing is that probably for 15 or 20 years hospitals have not been involved too much in fund raising and, as a result were displaced by other major organizations such as universities that have taken a large proportion of the donation dollar as opposed to the hospitals that had received their share of it in the late 1940s, the 1950s and the early 1960s when we built across the country the network of hospital institutions that we have now. That was after the war when we had a hospital development program and health resources fund and so on and when we were in the building business. Right now we are more in the renovating business and acquisition of equipment. I do not imagine that there are many hospitals that are going to be built in the next ten years across the country but there will be some renovations and acquisition of equipment.

Dr. Gingras: We should also say that the vast majority of the population, and this includes, of course, the corporations, have the firm implanted idea that private money now is not necessary because of medicare.

[Traduction]

pas enregistrer un excédent qui pourrait entraîner la fermeture d'un service pour lequel la demande est moins grande. J'ai déjà vu plusieurs cas, un peu partout au pays, où des hôpitaux ont fermé certains services sans pour autant que leur budget ne soit rajusté en conséquence. Ces hôpitaux ont enregistré un excédent simplement parce que 50 ou 60 lits n'étaient pas occupés. Je ne crois pas que cela soit une bonne raison de conserver cet argent qui pourrait être utilisé ailleurs.

M. Gingras: Monsieur le président, M. Martin fait allusion à des circonstances exceptionnelles. Je parlais de circonstances normales.

Le sénateur Haidasz: Merci, monsieur le président.

Le président: J'aimerais poser une ou deux questions. Combien d'argent les hôpitaux reçoivent-ils en-dehors des contributions du gouvernement et de leurs propres revenus, c'est-à-dire des particuliers ou des successions? Quelle est la contribution du grand public.

M. Gingras: Nous avons étudié la question au cours de l'année dernière et je crois que M. Martin pourrait répondre à votre question.

M. Martin: Actuellement, les dons et les subventions, ce que nous appelons les revenus provenant de sources privées, s'élèvent à environ 10 millions de dollars pour tout le pays, mais ce montant comprend les sommes qu'on nous permet ou et celles que nous touchons immédiatement. Deux fois par an, un organisme appelé Institut de recherches en dons et en affaires publiques effectue une enquête auprès de tous les hôpitaux et établissements qui dispensent des soins médicaux du pays. Les hôpitaux font rapport de leurs campagnes de souscription et du montant qu'ils espèrent obtenir. Malheureusement, les dons sont habituellement échelonnés sur une période de trois à cinq ans. Certaines personnes s'engagent à verser 500 \$ à l'établissement sous la forme d'un versement annuel de 100 \$ pendant cinq ans; il est donc difficile d'obtenir un chiffre exact.

De plus, au cours des 15 ou 20 dernières années, les hôpitaux n'ont pas cherché activement à recueillir des fonds et, par conséquent, ils ont été remplacés, à cet égard par d'autres organismes importants comme les universités qui ont accaparé une bonne partie des dons; les hôpitaux ont eu leur part de cette forme de financement à la fin des années 1940, pendant les années 1950 et au début des années 1960, période pendant laquelle nous avons construit au Canada le réseau d'établissements hospitaliers qu'on connaît aujourd'hui. En effet, après la guerre, on avait lancé un programme de subventions au titre de la construction d'hôpitaux et on avait mis sur pied une caisse d'aide à la santé pour la période des travaux de construction. Aujourd'hui, nous nous occupons plutôt de travaux de rénovation et d'acquisition de matériel. Je ne crois pas qu'on construira beaucoup d'hôpitaux au cours des dix prochaines années au Canada, mais il y aura des rénovations et des achats de matériel.

M. Gingras: J'aimerais également ajouter que la grande majorité de la population, et ce groupe comprend évidemment les sociétés, est convaincue qu'en raison de l'existence du régime d'assurance-maladie, les hôpitaux n'ont pas besoin d'argent provenant de sources privées.

[Text]

The Chairman: In hospitals they have private and semi-private rooms and they are allowed to charge for these services. It is only ward care that is under the medicare program. Do the hospitals in all the provinces get the benefit of these extra charges or is this money refunded to the provincial health departments or commission?

Dr. Gingras: The money paid by the patient or an ill person or via insurance policies is kept by the hospitals.

Mr. Martin: It is shared with the provincial government, but in operation it varies from province to province.

The Chairman: Are there any limitations that the medicare program would accept within the provinces as to how much extra you can charge for a private or a semi-private room? Is there an opportunity for the hospitals to make extra money for themselves by charging a little more for a private room?

Mr. Martin: The rates are set by the government.

The Chairman: Is that so in all of the provinces?

Mr. Martin: Yes.

The Chairman: With respect to the \$10 million contribution from the private sector, does that amount include the money that is given by way of memorials when people die and so on?

Mr. Martin: Yes.

The Chairman: Some years ago there was a program whereby the federal government would pay so much per hospital bed towards the construction of a new hospital. Is that program still in effect? Does the federal government still pay, apart from the medicare program, a contribution towards the construction of new hospitals?

Mr. Martin: The Hospital Resources Fund was terminated, Mr. Chairman.

The Chairman: The Hospital Resources Fund was used for such things as the construction of medical schools, dental schools, facilities at universities and many other things besides the construction of hospitals themselves. I believe that most of the provinces used their full quotas of that fund. I believe that the province of British Columbia still had some money available when the fund closed out and did not have the opportunity to use it. Do you have any figures which would indicate how much of that fund was not used in each of the provinces?

Mr. Martin: As far as I can remember, Mr. Chairman, all of the money that was allocated to provincial governments was spent or was transferred to the provincial government. Even though some provinces had not spent their entire allotted amount at the time of the closure of the fund, there was provision made whereby the money could be transferred in due time. The only money that was left in the fund was that portion which had been allocated for national projects. If I remember correctly, that amount was in the neighbourhood of \$40 million or \$50 million, but I repeat that that money was

[Traduction]

Le président: Dans les hôpitaux, on offre des chambres privées et semi-privées pour lesquelles on peut demander un supplément aux malades. Ce ne sont que les frais des salles communes qui sont payés dans le cadre du régime d'assurance-maladie. Les hôpitaux de toutes les provinces conservent-ils ce supplément? Doivent-ils le rembourser aux ministères ou commissions de la santé des provinces?

M. Gringras: L'argent payé par les malades ou par les régimes d'assurance privés est conservé par les hôpitaux.

M. Martin: Cet argent est partagé avec le gouvernement provincial, mais cela varie d'une province à l'autre.

Le président: Le régime d'assurance-maladie impose-t-il aux provinces un montant maximal en ce qui concerne les suppléments relatifs aux chambres privées ou semi-privées? Les hôpitaux peuvent-ils se ménager des bénéfices supplémentaires en faisant payer un peu plus pour une chambre privée?

M. Martin: Les taux sont établis par le gouvernement.

Le président: Dans toutes les provinces?

M. Martin: Oui.

Le président: Pour ce qui est de la contribution de 10 millions de dollars provenant du secteur privé, ce montant comprend-il l'argent donné à la mémoire d'une personne décédée et les dons du même genre?

M. Martin: Oui.

Le président: Il y a quelques années, il y avait un programme dans le cadre duquel le gouvernement fédéral payait un montant fixe par lit d'hôpital afin de financer la construction d'un nouvel hôpital. Ce programme est-il toujours en vigueur? Le gouvernement fédéral verse-t-il toujours des subventions pour la construction des nouveaux hôpitaux, en sus des montants versés dans le cadre du régime d'assurance-maladie?

M. Martin: Ce programme a été aboli, monsieur le président.

Le président: Le programme a servi à financer, par exemple, la construction d'écoles de médecine, d'écoles de dentisterie, d'installations universitaires et de bien d'autres choses en plus de la construction d'hôpitaux. Je crois que la plupart des provinces ont utilisé toutes les ressources auxquelles elles avaient droit dans le cadre de ce programme. Je crois que la Colombie-Britannique n'avait pas utilisé tout l'argent qu'on lui avait réservé lorsqu'on a mis fin à ce programme; elle n'a donc pas eu l'occasion de s'en servir. Est-ce que vous disposez de statistiques sur les montants inutilisés, par province?

M. Martin: Si je me souviens bien, monsieur le président, tout l'argent qui avait été accordé aux gouvernements provinciaux a été dépensé ou a été transféré aux gouvernements visés. Même si certaines provinces n'avaient pas tout dépensé l'argent auquel elles avaient droit quand on a mis fin au programme, on avait prévu une disposition qui assurait le transfert de ces fonds. Il ne restait que l'argent qui avait été affecté à des projets nationaux. Si je me souviens bien, ce montant s'élevait à environ 40 ou peut-être 50 millions de dollars, mais je le répète, il s'agissait de fonds réservés à des projets nationaux et non destinés aux gouvernements provinciaux.

[Text]

for national projects and was not allocated to the provincial governments.

The Hospital Resources Fund was worth \$500 million. There were negotiations between the federal and 10 provincial ministers, in which they agreed upon a distribution of money. The agreement was maintained and the money was transferred. I believe that the provinces of British Columbia and Alberta had not used all of their funds, but again, there was provision made to ensure that the money would be transferred to the provincial governments. In Nova Scotia, where some of the money was to be allocated to the campus in Halifax, I believe that it was eventually transferred. I do not know whether it was ever used, but it was eventually transferred.

The Chairman: I am not sure of the figures, but I believe that, at the time of the closing out of that fund, all provinces except for British Columbia and Alberta had used up their moneys. I know that Prince Edward Island, at that time, was about the build a new hospital called the Queen Elizabeth. They were able to extend the fund long enough to put in an application and to get the benefit of it.

In any event, I should like to thank you very much for your time and for the presentation of your brief.

Next Tuesday at 4 o'clock p.m., the committee will meet again with representatives of the Nurses' Association and some of the ministers of the provincial governments.

The committee adjourned.

[Traduction]

Le programme disposait d'un fonds de 500 millions de dollars. Il y avait eu des négociations entre le gouvernement fédéral et les dix ministres provinciaux afin de décider de la répartition de ce montant. On a respecté cette entente et les fonds ont été transférés. Je crois que la Colombie-Britannique et l'Alberta n'avaient pas utilisé tout l'argent qu'on leur avait accordé, mais encore une fois, on avait prévu une disposition selon laquelle l'argent non utilisé serait transféré aux gouvernements provinciaux. En Nouvelle-Écosse, où une partie de l'argent était destinée au campus de Halifax, je crois qu'on a finalement procédé à un transfert des fonds. Je ne sais pas si on s'est servi de cet argent, mais il a certainement été transféré à la province.

Le président: Je ne connais pas les chiffres, mais je crois que lorsqu'on a mis fin à ce programme, toutes les provinces, à l'exception de la Colombie-Britannique et de l'Alberta, avaient employé tout l'argent auquel elles avaient droit. Je sais qu'à cette époque, l'Île-du-Prince-Édouard était sur le point de construire un nouvel hôpital appelé le Queen Elizabeth. Le programme est resté en vigueur suffisamment longtemps pour que la province puisse présenter une demande et recevoir l'argent nécessaire.

Je vous remercie d'avoir pris le temps de venir témoigner devant nous.

Mardi prochain, à 16 heures, le Comité rencontrera les représentants de l'Association des infirmières et certains des ministres provinciaux.

La séance est levée.

APPENDIX "A"

FEDERAL TRANSFERS AS A PROPORTION OF PROVINCIAL HEALTH EXPENDITURES

Over the period of the 1980's to date, federal transfers as a proportion of Manitoba Health Expenditures has fallen from 51.2 per cent to 39.3 per cent, a drop of 11.9 per cent in four short years. This precipitous decline has occurred across Canada and is felt only marginally less in the other provinces (see Tables 1 and 2).

Manitoba's health expenditures have increased more rapidly than the average of other provinces, and currently slightly exceed the national average in contrast to their lagging the national average under the previous administration. This reflects the current Government's commitment to maintaining and enhancing health care in the Province (see Table 2).

However, in no way should this modest improvement which has occurred in Manitoba be portrayed as the reason for the precipitous fall in the federal share, nor should it be portrayed as indicative of some adequacy in the federal support to health care in Manitoba. As indicated in the body of the Submission, the Government of Manitoba has the greatest concern that the federal government is not contributing a fair share towards the total cost of health services. To achieve the 50/50 cost-sharing which we have advocated would result in a need for federal transfers to Manitoba to increase by \$135.2 million in 1983/84.

The reasons for the falling federal share have been basically two-fold:

- (1) the removal of the Revenue Guarantee which is now costing Manitoba in the range of \$40 million annually; and
- (2) the failure of the GNP driven formula to keep up with the increasing share of GNP which must be devoted to health care.

This second factor becomes particularly acute during periods of recession, and as the GNP escalator is a three-year moving average, the recent severe recession will continue to depress payments over the next two years.

APPENDICE «A»

TRANFERTS FÉDÉRAUX EN TANT QUE POURCENTAGE DES DÉPENSES PROVINCIALES EN MATIÈRE DE SANTÉ

Depuis 1980, les transferts fédéraux en tant que pourcentage des dépenses engagées par le gouvernement du Manitoba en matière de santé sont passées de 51,2 p. 100 à 39,3 p. 100, soit une baisse de 11,9 p. 100 en un peu moins de quatre ans. Cette dégringolade s'est produite dans toutes les provinces du Canada et a eu des conséquences presque aussi marquées dans chacune d'elles (voir tableaux 1 et 2).

Les dépenses du Manitoba en matière de santé on, en moyenne, augmenté plus rapidement que dans les autres provinces et excèdent aujourd'hui légèrement la moyenne nationale alors que c'était le contraire sous le gouvernement précédent. Cette augmentation illustre l'engagement pris par le gouvernement actuel de maintenir et d'améliorer les soins médicaux dans la province. (voir tableau 2).

Il ne faudrait pourtant pas en conclure que la modeste amélioration qui s'est produite au Manitoba dans le domaine de la santé est la cause de la baisse précipitée de la contribution fédérale ni que cette contribution est suffisante au Manitoba. Comme nous le soulignons dans le corps de notre mémoire, le gouvernement du Manitoba craint fort que le gouvernement fédéral ne contribue pas de façon équitable au financement des dépenses totales en matière de santé. Pour que les deux gouvernements partagent à part égale les frais de financement du programme, les transferts fédéraux consentis au Manitoba devraient augmenter de 135,2 millions de dollars en 1983-1984.

Voici les deux raisons fondamentales de la baisse de la contribution fédérale:

- 1) la suppression du programme de garantie des recettes qui coûte maintenant au Manitoba environ 40 millions de dollars par année; et
- 2) l'incapacité de la formule basée sur le PNB d'évoluer au même rythme que la proportion croissante du PNB qui doit être consacrée aux soins médicaux.

L'incidence de ce deuxième facteur est particulièrement marquée durant les périodes de récession. Comme la moyenne mobile d'indexation du PNB est établie tous les trois ans, les paiements continueront de diminuer au cours des deux prochaines années en raison de la sévère récession que nous venons de traverser.

GOVERNMENT OF MANITOBA
ESTIMATED TOTAL HEALTH CARE COSTS — 1983/84
AS COMPARED TO FEDERAL GOVERNMENT CONTRIBUTIONS

		1983/84 VOTED (\$000)
<u>MANITOBA HEALTH SERVICES COMMISSION</u>		
— Administration	\$ 13,308.2	
— Hospital Program	538,069.4	
— Personal Care Home Program	131,681.0	
— Medical Program —		
— Fee for Service	\$ 171,272	
— Chiropractic	6,618	
— Optometric	4,301	
— Sessional fees & Medical Salaries	2,247	
— Prosthetic & Orthotic	2,835	
— Community Health Centres		
— Medical	3,820	
— Outreach	2,962	
— Physician Incentive Program	<u>237</u>	194,292.0
— Pharmacare Program	19,599.3	
— Ambulance Program	2,613.3	
— Northern Patient Transportation Program	<u>2,714.5</u>	
		902,277.8
Less Recoveries	<u>(2,386.2)</u>	
Net Operating — M.H.S.C.	899,891.6	
Capital — M.H.S.C.	<u>22,008.4</u>	\$ 921,900.0
<u>DEPARTMENT OF HEALTH</u>		
<u>Appropriation #</u>		
21-1 Executive Function	\$ 1,680.7	
21-2 Administrative Services	4,192.8	
21-3 Community Health Operations	51,616.9	
21-4 Community Health Programs	31,939.0	
21-5 Chief Provincial Psychiatrist	3,054.8	
21-6 Alcoholism Foundation of Manitoba	<u>8,751.0</u>	101,235.2
		\$1,023,135.2
Capital Projects (in Dept. of Government Services)	<u>5,970.0</u>	
Sub-Total (forward)		\$1,029,105.2

GOVERNMENT OF MANITOBA
ESTIMATED TOTAL HEALTH CARE COSTS — 1983/84
AS COMPARED TO FEDERAL GOVERNMENT CONTRIBUTIONS

		1983/84 VOTED (\$000)
Sub-Total (Forward)		\$1,029,105.2
DEPARTMENT OF COMMUNITY SERVICES & CORRECTIONS		
Appropriation #		
9-5	Rehabilitative Services	
	(a) Community Mental Retardation	\$ 4,437.6
	(b) Institutional Mental Retardation Services	31,436.1
9-6	Social Security Services	
	(b) Social Allowance Programs	
	(2) Health Services — dental, drug and optical needs of Social Allowance recipients	6,365.6
		42,239.3
Capital Projects (in Dept. of Government Services)		810.0
DEPARTMENT OF URBAN AFFAIRS		
	Public Health Grant to City of Winnipeg (Estimated amount which is included in bloc grant)	4,163.3
	TOTAL HEALTH COSTS — 1983/84	<u>\$1,076,317.8</u>

FEDERAL GOVERNMENT CONTRIBUTIONS 1983/84

	000's	000's
Established Program Funding — Cash	\$243,932	
Established Program Funding — Tax	157,931	
Sub-Total	401,963	
Canada Assistance Plan	18,777	
V.R.D.P.	2,266	
TOTAL		<u>\$423,006</u>
% of Provincial Health Costs		<u>39.33</u>

FEDERAL TRANSFERS AS A
PROPORTION OF HEALTH EXPENDITURES

	1979/80	1980/81	1981/82	1982/83
	(\$ millions or %)			
<u>For Manitoba</u>				
Total Manitoba				
Health Expenditures	546.2	629.5	776.2	911.7
Total Applicable				
Federal Transfers				
(Cash + Tax)	279.9	308.6	342.8	364.2
% Federal Transfers	51.2	49.0	44.2	39.9
<u>For All Provinces</u>				
% Federal Transfers	47.8	46.0	43.4	39.5

Sources: Consensus Statement by Finance Ministers and Treasurers, April, 1983.

January, 1984.

COMPARISON OF PER CAPITAL HEALTH EXPENDITURES

	Total Prov.— Local Health Expenditures ¹ \$ Million	All-Province Population ² Thousands	All-Province Per Capita \$	Manitoba Health Expen- ditures ¹ \$ Million	Manitoba Population ² Thousands	Manitoba Per Capita \$	Difference from All- Province Per Capita \$	Manitoba Per Capita Spend- ing as % of All- Province Totals (%)
1977/78	10,900	23,297.4	468	474.2	1,028.6	461	— 7	98.5
1978/79	12,124	23,523.9	515	488.0	1,029.3	474	— 41	92.0
1979/80	13,536	23,771.3	570	546.2	1,024.9	533	— 37	93.5
1980/81	15,723	24,083.4	653	629.5	1,024.8	614	— 39	94.0
1981/82	18,596	24,372.8	763	776.2	1,027.8	755	— 8	99.0
1982/83 (est.)	21,521	24,654.0	873	911.7	1,037.8	879	+ 6	101.0

Source: 1. Consensus Statement by Finance & Treasurers, April, 1983.

2. Statistics Canada—as at October 1 of each year.

GOUVERNEMENT DU MANITOBA
ESTIMATION DES COÛTS TOTAUX DES SOINS DE SANTÉ POUR 1983-1984
COMPARATIVEMENT AUX CONTRIBUTIONS DU GOUVERNEMENT FÉDÉRAL

1983/84
Crédits votés
(\$000)

COMMISSION DES SERVICES DE SANTÉ DU MANITOBA

— Administration	\$ 13,308.2	
— Soins hospitaliers	538,069.4	
— Maisons de soins personnels	131,681.0	
— Soins médicaux —		
— Prime pour services	\$ 171,272	
— Chiropraxie	6,618	
— Optométrie	4,301	
— Paiements à la vacation et honoraires médicaux	2,247	
— Prothèses et orthoptie	2,835	
— Centres communautaires des services de santé		
— Services médicaux	3,820	
— Extension	2,962	
— Programme incitatif destiné aux médecins	237	194,292.0
— Régime d'assurance pour les produits pharmaceutiques	19,599.3	
— Services d'ambulance	2,613.3	
— Service de transport des patients du Nord	2,714.5	
	902,277.8	
Moins sommes recouvrées	(2,386.2)	
Dépenses de fonctionnement nettes — C.S.S.M.	899,891.6	
Capital — C.S.S.M.	22,008.4	\$ 921,900.0

MINISTÈRE DE LA SANTÉ

Crédits n° #

21-1	Fonction de direction	\$ 1,680.7	
21-2	Services administratifs	4,192.8	
21-3	Operations communautaires de santé	51,616.9	
21-4	Programmes communautaires de santé	31,939.0	
21-5	Psychiâtre provincial en chef	3,054.8	
21-6	Fondation manitobaine de lutte contre l'alcoolisme	8,751.0	101,235.2
			\$1,023,135.2
	Projets d'immobilisations (ministère des Services de l'État)	5,970.0	
	Sous-total (à reporter)	\$1,029,105.2	

GOUVERNEMENT DU CANADA
ESTIMATION DES COÛTS TOTAUX DES SOINS DE SANTÉ POUR 1983-84
COMPARATIVEMENT AUX CONTRIBUTIONS DU GOUVERNEMENT FÉDÉRAL

		1983-84 Crédits votés (\$000)
Sous-total (reporté)		\$1,029,105.2
MINISTÈRE DES SERVICES COMMUNAUTAIRES ET DES SERVICES CORRECTIONNELS		
Crédit n ^{os} #		
9-5	Services de réhabilitation	
(a)	Services communautaire destinés aux défi- cients mentaux	\$ 4,437.6
(b)	Services institutionnels destinés aux défi- cients mentaux	31,436.1
9-6	Services de sécurité sociale	
(b)	Programmes d'allocations sociales	
(2)	Services de santé — soins dentaires, médicaments et services optométri- ques fournis aux bénéficiaires des allocations sociales.	6,365.6
		42,239.3
	Projets d'immobilisations (du ministère des Services de l'État)	410.0
MINISTÈRE DES AFFAIRES URBAINES		
	Subvention pour la santé publique à la ville de Winnipeg (montants approximatif, qui figure dans la subvention globale)	4,163.3
	COÛTS TOTAUX DE SOINS DE SANTÉ — 1983-84	\$1,076,317.8

CONTRIBUTIONS DU GOUVERNEMENT FÉDÉRAL 1983-84

	000's	000's
Financement des programmes établis — contributions en espèces	\$243,932	
Financement des programmes établis — impôts	157,931	
Sous-total	401,963	
Régime d'assurance Publique du Canada	18,777	
V.R.D.P.	2,266	
TOTAL		\$423,006
Pourcentage des coûts provinciaux en matière de santé		39.33

TRANSFERTS FÉDÉRAUX EN TANT QUE POURCENTAGE DES DÉPENSES DE SANTÉ

	1979-1980	1980-1981	1981-1982	1982-1983
	(en millions de dollars ou %)			
<u>Pour le Manitoba</u>				
Dépenses totales du Manitoba en matière de santé	546,2	629,5	776,2	911,7
Transferts fédéraux totaux pertinents (Paiements en espèces plus impôts)	279,9	308,6	342,8	364,2
Pourcentage des transferts fédéraux	51,2	49,0	44,2	39,9
<u>Pour toutes les provinces</u>				
Pourcentage des transferts fédéraux	47,8	46,0	43,4	39,5

Sources: Déclaration commune des ministres des Finances et des Trésoriers, avril 1983.

Janvier 1984.

TABLEAU COMPARATIF DES DEPENSES DE SANTÉ

	Total provin- cial—dépen- ses de santé locales de santé \$ million	Population de toute la province en milliers	Coût pro- vincial par habitant \$	Dépenses de santé du Mani- toba en mil- lions de dollars	Population du Mani- toba en mil- liers	Dépenses par habitant du Mani- toba \$	Différence par rapport aux dépen- ses par habitant pour toute la province \$	Dépenses par habitant en tant que % des dépendances tota- les de la pro- vince (%)
1977-1978	10 900	23 297,4	468	474,2	1 028,6	461	-7	98,5
1978-1979	12 124	23 523,9	515	488,0	1 029,3	474	-41	92,0
1979-1980	13 536	23 771,3	570	546,2	1 024,9	533	-37	93,5
1980-1981	15 723	24 083,4	653	629,5	1 024,8	614	-39	94,0
1981-1982	18 596	24 372,8	763	776,2	1 027,8	755	-8	99,0
1982-1983 (esti- mations)	21 521	24 654,0	873	911,7	1 037,8	879	+6	101,0

Source: 1. Déclaration commune des ministres des Finances et des Trésoriers, avril 1983.

2. Statistiques Canada—au premier octobre de chaque année.



If undelivered, return COVER ONLY to:
Canadian Government Publishing Centre,
Supply and Services Canada,
Ottawa, Canada, K1A 0S9

En cas de non-livraison,
retourner cette COUVERTURE SEULEMENT à:
Centre d'édition du gouvernement du Canada,
Approvisionnement et Services Canada,
Ottawa, Canada, K1A 0S9

WITNESSES—TÉMOINS

The Honourable Laurent Desjardins, Minister of Health,
Government of Manitoba;

Mrs. Arlene Wortsman, Coordinator, Policy Coordination
Group, Government of Manitoba;

Dr. Roderick D. Fraser, Professor of Economics, Queen's
University.

From the Medical Society of Nova Scotia:

Dr. R. D. Saxon, President;

Mr. A. R. Blom, Director of Communications.

From the Canadian Hospital Association:

Mr. Jean-Claude Martin, President;

Mr. Gustave Gingras, Chairman;

Ms. Claire Labrèche, Past Chairman.

L'honorable Laurent Desjardins, ministre de la santé, Gou-
vernement du Manitoba;

M^{me} Arlene Wortsman, coordonnateur, Groupe de la co-
ordination des politiques, Gouvernement du Manitoba;

M. Roderick D. Fraser, professeur en sciences économiques,
Université Queen's.

De la «Medical Society of Nova Scotia:»

M. R. D. Saxon, président;

M. A. R. Blom, directeur des Communications.

De l'Association des hôpitaux du Canada:

M. Jean-Claude Martin, président;

M. Gustave Gingras, président du Conseil;

M^{me} Claire Labrèche, ancienne présidente du Conseil.



Second Session
Thirty-second Parliament, 1983-84

Deuxième session de la
trente-deuxième législature, 1983-1984

SENATE OF CANADA

SÉNAT DU CANADA

*Proceedings of the Standing
Senate Committee on*

*Délibérations du comité
sénatorial permanent des*

Social Affairs, Science and Technology

Affaires sociales, des sciences et de la technologie

Chairman:
The Honourable M. LORNE BONNELL

Président:
L'honorable M. LORNE BONNELL

Tuesday, April 3, 1984

Le mardi 3 avril 1984

Issue No. 4

Fascicule n° 4

Fourth proceedings on:

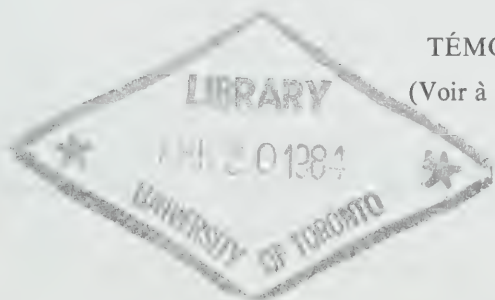
Quatrième fascicule concernant:

The subject-matter of Bill C-3: "An Act relating to cash contributions by Canada in respect of insured health services provided under provincial health care insurance plans and amounts payable by Canada in respect of extended health care services and to amend and repeal certain Acts in consequence thereof"

La teneur du Projet de loi C-3: «Loi concernant les contributions pécuniaires du Canada aux services de santé assurés pris en charge par les régimes provinciaux d'assurance-santé et les montants payables par le Canada pour les programmes de services complémentaires de santé, et modifiant certaines lois en conséquence»

WITNESSES:
(See back cover)

TÉMOINS:
(Voir à l'endos)



THE STANDING SENATE COMMITTEE ON
SOCIAL AFFAIRS, SCIENCE AND TECHNOLOGY

The Honourable M. Lorne Bonnell, *Chairman*
The Honourable Orville H. Phillips, *Deputy Chairman*

The Honourable Senators:

Bielish	Marshall
Bonnell	McGrand
Cottreau	*Olson
*Flynn	Phillips
Haidasz	Rousseau
Hébert	Tremblay
Inman	Wood

**Ex Officio Members*

(Quorum 5)

COMITÉ SÉNATORIAL PERMANENT DES
AFFAIRES SOCIALES, DES SCIENCES ET DE LA
TECHNOLOGIE

Président: L'honorable M. Lorne Bonnell
Vice-président: L'honorable Orville H. Phillips

Les honorables sénateurs:

Bielish	Marshall
Bonnell	McGrand
Cottreau	*Olson
*Flynn	Phillips
Haidasz	Rousseau
Hébert	Tremblay
Inman	Wood

**Membres d'office*

(Quorum 5)

ORDER OF REFERENCE

Extract from the Minutes of Proceedings of the Senate, Tuesday, March 20, 1984:

“The Order being read,
With leave of the Senate,

The Honourable Senator Bonnell resumed the debate on the motion of the Honourable Senator Frith, seconded by the Honourable Senator Langlois:

That the Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology be authorized to examine the subject-matter of the Bill C-3, intituled: “An Act relating to cash contributions by Canada in respect of insured health services provided under provincial health care insurance plans and amounts payable by Canada in respect of extended health care services and to amend and repeal certain Acts in consequence thereof”, in advance of the said Bill coming before the Senate, or any matter relating thereto;

That the Committee have power to adjourn from place to place within Canada; and

That the Committee be authorized to engage the services of such counsel and technical, clerical and other personnel as may be required for the said examination.

After debate,

In amendment, the Honourable Senator Bonnell moved, seconded by the Honourable Senator Giguère, that the motion be amended by deleting the second paragraph thereof.

After debate, and—

The question being put on the motion in amendment, it was—

Resolved in the affirmative.

The question being put on the motion as amended, it was—

Resolved in the affirmative.”

ORDRE DE RENVOI

Extrait des Procès-verbaux du Sénat du mardi 20 mars 1984:

«A la lecture de l'ordre adopté,
Avec la permission du Sénat,

L'honorable sénateur Bonnell reprend le débat sur la motion de l'honorable sénateur Frith, appuyé par l'honorable sénateur Langlois,

Que le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie soit autorisé à étudier la teneur du Projet de loi C-3, intitulé: «Loi concernant les contributions pécuniaires du Canada aux services de santé assurés pris en charge par les régimes provinciaux d'assurance-santé et les montants payables par le Canada pour les programmes de services complémentaires de santé, et modifiant certaines lois en conséquence», avant que ce projet de loi ou les questions s'y rattachant ne soient soumis au Sénat;

Que le Comité soit autorisé à voyager où que ce soit au Canada;

Que le Comité soit autorisé à retenir les services des conseillers et du personnel technique, de bureau et autre dont il pourra avoir besoin aux fins de son enquête.

Après débat,

En amendement, l'honorable sénateur Bonnell propose, appuyé par l'honorable sénateur Giguère, que l'on modifie la motion en retranchant le deuxième paragraphe.

Après débat,

La motion d'amendement, mise aux voix, est adoptée.

La motion, telle que modifiée, mise aux voix, est adoptée.»

Le greffier du Sénat

Charles A. Lussier

Clerk of the Senate

MINUTES OF PROCEEDINGS

TUESDAY, APRIL 3, 1984
(8)

[Text]

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met this day, at 4:03 p.m., the Chairman, the Honourable Senator Bonnell presiding.

Members of the Committee present: The Honourable Senators Bielish, Bonnell, Hébert, Inman, Marshall, McGrand, Phillips, Rousseau, Tremblay and Wood. (10)

In attendance: Ms. Mildred J. Morton, Research Associate, Library of Parliament.

*Witnesses:**From the Canadian Nurses Association:*

Dr. Helen Glass, President;
Ms. Ginette Rodger, Executive Director.

From the Ontario Medical Association:

Dr. G. A. Isaac, President;
Dr. E. J. Moran, General Secretary.

From the British Columbia Medical Association:

Dr. Duncan McPherson, President;
Dr. Norman Rigby, Executive Director.

The Chairman presented the Second Report of the Subcommittee on Agenda and Procedure which reads as follows:

SECOND REPORT

Your Subcommittee met on Wednesday, March 28, 1984 to consider the future business of the Committee and agreed to make the following recommendations:

1. THAT the Committee attempt to complete its study of the subject matter of Bill C-3 and to report it by April 12, 1984;
2. THAT it support Senator Marshall's motion to have the 1984/85 Estimates for Veterans Affairs referred to this Committee;
3. THAT, if the study of the problems and issues facing Canadian youth between the ages of 15 and 24 years should be referred to this Committee, a Subcommittee on Youth be established, and that the Chairman request that the membership of the Standing Committee on Social Affairs, Science and Technology be increased; and
4. THAT the study of the problems and issues facing the aboriginal peoples of Canada, proposed by Senator Watts, be referred to a Subcommittee of this Standing Committee.

On motion of Senator Marshall, it was agreed—That the third recommendation of the above Report be amended to read as follows:

“That, if the study of the problems and issues facing Canadian youth between the ages of 15 and 24 years should be referred to this Committee, consideration be given to

PROCÈS-VERBAL

LE MARDI 3 AVRIL 1984
(8)

[Traduction]

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit aujourd'hui à 15 h 30, sous la présidence de l'honorable sénateur Bonnell (président).

Membres du Comité présents: Les honorables sénateurs Bielish, Bonnell, Hébert, Inman, Marshall, McGrand, Phillips, Rousseau, Tremblay et Wood. (10)

Aussi présente: M^{me} Mildred J. Morton, attachée de recherche, Bibliothèque du Parlement.

*Témoins:**De l'Association des infirmières et infirmiers du Canada:*

M^{me} Helen Glass, présidente;
M^{me} Ginette Rodger, directrice générale.

De l'Association médicale de l'Ontario:

M. G. A. Isaac, président;
M. E. J. Moran, secrétaire général.

De l'Association médicale de la Colombie-Britannique:

M. Duncan McPherson, président;
M. Norman Rigby, directeur général.

Le président présente le deuxième rapport du Sous-comité du programme et de la procédure qui se lit de la façon suivante:

DEUXIÈME RAPPORT

Votre Sous-comité s'est réuni le mercredi 28 mars 1984 pour étudier le calendrier des travaux du Comité et est convenu de faire les recommandations suivantes:

1. QUE le Comité essaie de terminer son étude de la teneur du projet de loi C-3 et d'en faire rapport, au plus tard le 12 avril 1984;
 2. QUE le Comité appuie la motion du sénateur Marshall afin que lui soit renvoyé le Budget des dépenses du ministère des Affaires des anciens combattants pour 1984-1985;
 3. QUE, si l'étude des questions et des problèmes auxquels font face les jeunes Canadiens de 15 à 24 ans est renvoyée au Comité, un sous-comité sur la jeunesse soit créé, et que le président demande que le nombre des membres du Comité permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie soit augmenté;
- Que l'étude des questions et des problèmes auxquels font face les autochtones du Canada, proposée par le sénateur Watts, soit renvoyée à un sous-comité du Comité permanent.

Sur une motion du sénateur Marshall, il est convenu de remplacer la troisième recommandation du rapport ci-dessus par ce qui suit:

«Que, si l'étude des questions et des problèmes auxquels font face les jeunes Canadiens de 15 à 24 ans est renvoyée

establishing a Subcommittee on youth and requesting that the membership of the Standing Committee on Social Affairs, Science and Technology be increased."

On motion of Senator Rousseau, it was agreed—That the Second Report of the Subcommittee on Agenda and Procedures of the Standing Senate on Social Affairs, Science and Technology thus amended be concurred in.

The Committee proceeded to examine and consider the subject-matter of Bill C-3 intituled: "An Act relating to cash contributions by Canada in respect of insured health services provided under provincial health care insurance plans and amounts payable by Canada in respect of extended health care services and to amend and repeal certain Acts in consequence thereof."

The witnesses made statements and answered questions.

At 5:57 p.m., the Committee adjourned to the call of the Chair.

ATTEST:

au Comité, on envisage de créer un sous-comité de la jeunesse et de demander que le nombre des membres du Comité permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie soit augmenté."

Sur une motion du sénateur Rousseau, il est convenu d'adopter le deuxième rapport du Sous-comité du programme et de la procédure du Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie ainsi modifié.

Le Comité passe à l'examen de la teneur du projet de loi C-3 intitulé, «Loi concernant les contributions pécuniaires du Canada aux services de santé assurés pris en charge par les régimes provinciaux d'assurance-santé et les montants payables par le Canada pour les programmes de services complémentaires de santé, et modifiant certaines lois en conséquence».

Les témoins font des déclarations et répondent aux questions.

À 17 h 57, le Comité suspend la séance jusqu'à nouvelle convocation du président.

ATTESTÉ:

Le greffier du Comité

Erika Bruce

Clerk of the Committee

EVIDENCE

Ottawa, Tuesday, April 3, 1984

[Text]

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met this day at 4.03 p.m., to consider the subject matter of Bill C-3, relating to cash contributions by Canada in respect of insured health services provided under provincial health care insurance plans and amounts payable by Canada in respect of extended health care services and to amend and repeal certain acts in consequence thereof.

Senator M. Lorne Bonnell (*Chairman*) in the Chair.

The Chairman: Honourable senators, before we call today's witnesses in continuing our study of the subject matters of Bill C-3, perhaps we could have a motion for the adoption of the second report of the Steering Committee, of which members of the committee have a copy. Senator Rousseau has so moved. Carried.

Senator Marshall: Mr. Chairman, which report is that?

The Chairman: It is the Steering Committee's report of March 28, 1984.

Senator Marshall: I am not prepared to agree to it.

The Chairman: Were you at the meeting?

Senator Marshall: I was under a misapprehension as to what the conclusions are, as I read the report. I would ask that it be held over until the next meeting of the Steering Committee. This is not the place to deal with this matter.

The Chairman: We will leave it until we have heard from our witnesses. If we do not have time to deal with it then, we shall carry it over until the next meeting. Is that agreed?

Hon. Senators: Agreed.

The Chairman: Today we are continuing with our study of the subject matter of Bill C-3, the Canada Health Act. We have witnesses representing three groups: the Canadian Nurses Association, the Ontario Medical Association, and the British Medical Association. Since we have only two hours, we have allocated 45 minutes to hearing from the Canadian Nurses Association, another 45 minutes for the Ontario Medical Association, and the remaining time will be devoted to the British Columbia Medical Association. We will hear first from representatives of the Canadian Nurses Association. We have with us Dr. Helen Glass, President of the association, and I shall ask her to introduce her Executive Director. They can each make a statement, following which we will ask questions.

Dr. Helen Glass, President, Canadian Nurses Association: Thank you, Mr. Chairman. I am delighted to introduce Mrs.

TÉMOIGNAGES

Ottawa, le mardi 3 avril 1984

[Traduction]

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit aujourd'hui à 16 h 03 pour étudier la teneur du projet de loi C-3, concernant les contributions pécuniaires du Canada aux services de santé assurés pris en charge par les régimes provinciaux d'assurance-santé et les montants payables par le Canada pour les programmes de services complémentaires de santé, et modifiant certaines lois en conséquence.

Le sénateur M. Lorne Bonnell (*président*) occupe le fauteuil.

Le président: Honorables sénateurs, avant d'entendre les témoins d'aujourd'hui, quelqu'un pourrait peut-être proposer une motion portant adoption du deuxième rapport du Comité directeur dont les membres du Comité ont une copie entre les mains. Le sénateur Rousseau propose la motion. Adoptée.

Le sénateur Marshall: Monsieur le président, de quel rapport s'agit-il?

Le président: Il s'agit du rapport du Comité directeur du 28 mars 1984.

Le sénateur Marshall: Je ne suis pas disposé à l'accepter.

Le président: Avez-vous assisté à la séance?

Le sénateur Marshall: Je n'ai pas bien compris les conclusions lorsque j'ai lu le rapport. Je demanderais qu'on le mette de côté jusqu'à la prochaine réunion du Comité directeur. Ce n'est pas l'endroit pour en discuter.

Le président: Nous remettrons cette question après l'audition de tous les témoins. Si nous n'avons pas le temps d'en discuter nous la remettrons alors à la prochaine réunion. Êtes-vous d'accord?

Des voix: D'accord.

Le président: Nous poursuivons aujourd'hui notre étude de la teneur du projet de loi C-3, la Loi canadienne sur la santé. Nous accueillons aujourd'hui des témoins représentant trois groupes: l'Association des infirmières et infirmiers du Canada, l'Association médicale de l'Ontario et l'Association médicale de la Colombie-Britannique. Étant donné que nous ne disposons que de deux heures, nous avons prévu 45 minutes pour l'audition des représentants de l'Association des infirmiers et infirmières du Canada, 45 autres minutes pour celle des représentants de l'Association médicale de l'Ontario et le reste du temps sera consacré aux témoignages des représentants de l'Association médicale de la Colombie-Britannique. Nous entendrons tout d'abord des représentants de l'Association des infirmières et infirmiers du Canada. Nous accueillons aujourd'hui M^{me} Helen Glass, présidente de l'Association. Je lui demanderais de nous présenter sa directrice générale. Elles peuvent toutes deux faire une déclaration et nous leur poserons ensuite des questions.

Mme Helen Glass, présidente, Association des infirmières et infirmiers du Canada: Merci, monsieur le président. J'ai le

[Text]

Ginette Rodger, the Executive Director of the Canadian Nurses Association. I will ask her to make the introductions.

Mme Ginette Rodger, directrice générale, Association des infirmières et infirmiers du Canada: Nous voulons remercier le président et les membres du comité de recevoir les représentants de l'Association, qui représentent 169,000 infirmières dans les dix provinces et deux territoires de notre pays.

La version anglaise du mémoire que nous vous présentons est préparée, la version française sera prête d'ici quelques jours. Il nous fera toutefois plaisir de répondre aux questions en français. Le docteur Glass, la présidente de l'Association fera une courte présentation et à la suite nous pourrions répondre aux questions sur les différentes recommandations de notre mémoire.

Dr. Glass: Thank you, Mr. Chairman, for the opportunity to present the views of the Canadian Nurses Association. It is indeed a pleasure. We would like to commend the government for taking the initiative to introduce the Canada Health Act. Further we would like to commend the all-party agreement on the importance of supporting this act. We see this act as a reference point for health care legislation in the future. It will have a long-term effect on health care services and the quality of life for Canadians. The act has been designed to preserve medicare, which is important and praiseworthy in its efforts to control extra billing and user fees.

However, the opportunity is here to reform the health care system. Without such reform we will face a major crisis in health care in the immediate future. For example, our elderly population will increase from 8 per cent now to 11 per cent by the year 2001. If there is no reform of the system, for example, it will not survive the pressures, where currently there is 42 per cent utilization of beds by the elderly and there will then be 71 per cent usage. In fact, if we take it to the year 2031, we could have all of our beds filled with the elderly if we made no changes whatsoever.

Our brief has focused mainly on the principles of comprehensiveness, addressing three elements: settings, or where the services are delivered, providers of health care services, and the nature of health care services. Presently in the act, insured services are restricted to hospital settings, but there are many more settings where health care is and should be provided. It is clear that the definition is too limited. It should include at least mental health care settings, which it does not.

However, merely broadening the definition is inadequate. It must attend to extended health care services offered outside of hospitals—in schools, industry, community health clinics, nursing homes, homes and clinics, et cetera. If we are to have a comprehensive health care system, those settings would have to be insured. We need community-based services. Thirty per cent of acute care hospital patient days could be spent in less

[Traduction]

plaisir de vous présenter M^{me} Ginette Rodger, directrice générale de l'Association des infirmières et infirmiers du Canada. Elle fera quelques remarques d'introduction.

Mrs. Ginette Rodger, Executive Director, Canadian Nurses Association: We would like to thank the Chairman and the members of the Committee for hearing from our Association, which represents 169,000 nurses in all ten provinces and both territories of this country.

Only the English version of our brief is ready, the French version will be ready in a few days. We will be happy to answer questions in French. Doctor Glass, the president of the Association, will make a short presentation and then we will answer questions on the various recommendations in our brief.

Mme Glass: Merci, monsieur le président, de l'occasion que vous offrez à l'Association des infirmières et infirmiers du Canada d'exposer ses vues. C'est avec plaisir que nous le faisons. Nous aimerions féliciter le gouvernement d'avoir pris l'initiative de présenter la Loi canadienne sur la santé. Nous aimerions en outre féliciter les trois partis de s'être mis d'accord sur l'importance de l'appui à accorder à cette loi. Nous estimons que cette loi constitue un point de référence pour la législation future des soins de santé. Elle aura une répercussion à long terme sur les services de santé et la qualité de vie de tous les Canadiens. La loi a été conçue en vue de préserver le Régime d'assurance-maladie dont on doit louer les efforts importants déployés pour contrôler la surfacturation et les frais modérateurs.

Nous avons toutefois l'occasion de réformer le système des soins de santé. Sans une telle réforme, nous serons très bientôt aux prises avec une crise d'envergure dans le domaine des services de santé. Par exemple, de 8 p. 100 qu'il est à l'heure actuelle, le pourcentage des personnes âgées passera à 11 p. 100 d'ici l'an 2000. Si nous n'apportons, par exemple, aucune réforme au système, il ne résistera pas aux pressions étant donné qu'à l'heure actuelle les personnes âgées occupent 42 p. 100 des lits et qu'elles en occuperont alors 71 p. 100. En fait, si nous extrapolons jusqu'en 2031, il se pourrait que tous les lits soient occupés par des personnes âgées si aucun changement quel qu'il soit n'est apporté.

Notre mémoire insiste surtout sur le principe de l'intégralité et traite à cet égard de trois éléments: les lieux où les services sont fournis, les personnes chargées d'assurer les services de santé et la nature de ces services. Selon la loi actuelle, les services assurés sont limités aux «hôpitaux» mais il y a de nombreux autres endroits où des soins de santé sont fournis et devraient l'être. Il est clair que la définition est trop limitée. Elle devrait comprendre au moins les hôpitaux destinées aux personnes souffrant de troubles mentaux. Ce qui n'est pas le cas.

Il ne suffirait toutefois, pas d'élargir la définition. Elle doit englober les services de santé offerts hors des hôpitaux—dans les écoles, dans l'industrie, dans les cliniques communautaires, dans les maisons de repos, à domicile, et ainsi de suite. Pour avoir un système de santé complet, il faut que les soins soient assurés dans tous ces lieux. Il nous faut des services à l'échelle de la collectivité. Le tiers des sommes consacrées aux malades

[Text]

costly nursing homes, for example. One-third of nursing home beds are occupied by those who really do not need this kind of care—for example, the elderly. Many extended health care services are not insured, and we have recommended that they be insured and that these services be phased in progressively.

But there could be another approach to this, and we are asking that it be looked at. It is a no—setting approach. We could define insured health services more realistically by defining the nature of the services and by defining authorized providers of services. The act does, however, incorporate one element of what I believe is needed, and I should like to address this matter next.

Specifically, the CNA is pleased to see the introduction of the concept of the health care practitioner, as embodied in clauses 2 and 9 of the bill. While these amendments do not change the status of nursing or other professionals in terms of the health care delivery system, it does have important symbolic, moral and legal value to these professions and to the public, the recipients of health care.

The amendment, as it is introduced, is at least permissive of change and will encourage nursing and other health care professionals to continue urging health delivery reforms at the provincial level that will provide greater accessibility to, and comprehensiveness of, health care services.

The change clearly moves the contentious issue of the roles of the different professions to the provincial capitals, where it belongs, and where it ultimately has to be settled. To use the minister's own words, these amendments are a "conceptual breakthrough." Actually there are two breakthroughs. The act says it is the provincial government that is uniquely responsible for determining which health care practitioners can provide what services.

In fact, while this was always the case this is now much more explicit in the bill and serves as a moral impetus for reform. Secondly, the bill acknowledges that medical practitioners and dentists are not the only providers of insured health care services but, in fact, are part of a whole health care team in our country. Over the past two decades health care services have been delivered in a variety of settings such as hospitals, schools, clinics, industry, northern areas, homes and community health centres by a variety of health care professionals including nurses, physiotherapists, social workers, optometrists, speech therapists, dieticians and so on.

In regard to the nature of the services, right now it is indirectly defined in the bill. We have recommended that it be clearly defined as services which promote, conserve and restore physical and mental health, and ameliorate or prevent illness or disability. In light of what we have said, we have proposed a new definition of insured health services.

[Traduction]

souffrant de maladie aiguë dans les hôpitaux pourrait être dépensé dans des maisons de repos où les soins coûtent moins cher, par exemple. Le tiers des lits des maisons de repos sert à l'heure actuelle à des malades qui n'ont pas vraiment besoin de ce genre de soins—par exemple, les personnes âgées. De nombreux services complémentaires de santé en sont pas assurés et nous avons recommandé qu'ils le soient et qu'on les introduise progressivement.

Un autre démarche s'offre toutefois et nous demandons qu'on l'étudie. C'est une démarche différente de la première. Nous pourrions définir les services de santé assurés de façon plus réaliste en définissant la nature des services et les personnes autorisées à les fournir. La Loi, toutefois, comprend un élément dont nous avons besoin selon moi et j'aimerais traiter de cette question tout de suite après.

Pour être plus précis, l'Association est heureuse de voir apparaître le concept du professionnel de la santé dont il est question aux articles 2 et 9 du projet de loi. Bien que ces modifications ne changent pas le statut des infirmières et infirmiers ou d'autres professionnels en ce qui a trait à la prestation des soins de santé, elles ont une importante valeur symbolique, morale et juridique pour ces professions et pour le public qui est le prestataire des soins.

La modification, dans sa forme actuelle, ouvre à tout le moins la voie au changement et encouragera les infirmières et infirmiers ainsi que les autres professionnels de la santé à continuer d'exhorter les autorités provinciales à améliorer la prestation des soins de manière à améliorer l'accessibilité et l'intégralité des services de santé.

Le changement fait passer de toute évidence la question litigieuse des rôles des différentes professions dans les capitales provinciales, là où elles doivent être et là où elles doivent être finalement réglées. Pour reprendre les paroles du ministre, ces modifications sont une «percée conceptuelle». En réalité, nous assistons à deux percées. La loi stipule qu'il revient au gouvernement provincial seul de déterminer quels professionnels de la santé fourniront quels services.

En réalité, bien que les choses se soient toujours passées ainsi, tout est maintenant beaucoup plus clair dans le projet de loi. Cela donne une force morale à la réforme. Deuxièmement, le projet de loi reconnaît que les médecins et les dentistes ne sont pas les seuls à fournir des services de santé assurés mais font partie de toute une équipe autorisée à fournir des services de santé dans toutes les régions du pays. Au cours des deux dernières décennies, les services de santé ont été assurés dans divers lieux dont les hôpitaux, les écoles, les cliniques, l'industrie, les régions septentrionales, à domicile et dans les centres communautaires, et ce par divers professionnels de la santé dont des infirmiers et infirmières, des physiothérapeutes, des travailleurs sociaux, des optométristes, des orthophonistes, des diététiciens et ainsi de suite.

En ce qui a trait à la nature des services, elle est maintenant indirectement définie dans le projet de loi. Nous avons recommandé qu'on indique clairement qu'il s'agit de services qui promouvoient, conservent et rétablissent la santé physique et mentale, améliorent l'état de santé ou préviennent la maladie ou

[Text]

Even though the bulk of our recommendations deal with comprehensiveness, I would like to take a few minutes to touch other principles.

As for accessibility, we fully support the attempt to control extra billing and user fees.

We would like to see the use of accumulated non-refundable penalties earmarked for health program purposes.

We support the principles of portability, public administration and the conditions of payment as set out in the bill.

Throughout our brief to your committee, we have identified areas which should be looked at in depth which will lead to long term improvement of health care. In order to further develop the much needed reforms for our health care system we urge the quick passing of this bill and strongly recommend that a second phase be started right away through the creation of a health care council. The Canadian Nurses' Association strongly recommends that this health care council take the form of a permanent independent body representing the consumers, health providers and governments. The purpose of the health care council would be to create a continuing mechanism for the assessment, planning, monitoring and evaluation of health care policy and delivery of services in Canada and to recommend health policy for the country for inclusion in legislation and regulations.

The CNA looks forward to this announcement and to our participation in the process. We thank you very much for the opportunity to be present here today and we would be pleased to answer your questions.

Senator Phillips: Mr. Chairman, with respect to the idea of the health practitioner reducing the total cost of health care, I believe either in the brief or in a discussion before a committee of the other place the nurses' association stated that hospital care costs \$300 to \$400 a day as opposed to \$20 a day at home. Could you give us some explanation of how you arrived at that figure, please?

Dr. Glass: A number of researched studies have been done which demonstrate this difference in cost. The average is \$300 to \$400 a day and, indeed, could be higher for hospital care. However, if you have people at home on a home care program then the costs are considerably lower because there is not the same overhead as there is in hospitals and since the practitioners who go into the home provide the service right there. So, indeed, we have demonstrated this in a number of studies.

[Traduction]

l'incapacité. C'est la raison pour laquelle nous avons proposé une nouvelle définition des services de santé assurés.

Bien que la plupart de nos recommandations s'adressent à l'intégralité, j'aimerais prendre quelques instants pour parler des autres principes.

En ce qui concerne l'accessibilité, nous souscrivons tout à fait à l'idée d'une tentative de limitation de la surfacturation et des frais modérateurs.

Nous aimerions que l'on réserve les amendes accumulées non remboursables au régime d'assurance-maladie.

Nous appuyons les principes de la transférabilité, de l'administration publique et des conditions de paiement définies dans le projet de loi.

Dans le mémoire que nous avons présenté à votre Comité, nous avons signalé les domaines qui devraient être étudiés en profondeur et qui permettraient d'améliorer à long terme les soins de santé. Pour développer davantage les réformes qui s'imposent tout à notre régime d'assurance-maladie, nous encourageons le gouvernement à adopter rapidement ce projet de loi et recommandons le lancement immédiat d'une deuxième étape par le biais de la création d'un conseil des soins de santé. L'Association des infirmières et infirmiers du Canada recommande vivement que le Conseil des soins de santé prenne la forme d'un organisme permanent indépendant qui représenterait les consommateurs, les personnes autorisées à fournir des soins de santé et le gouvernement. La tâche du Conseil consisterait à mettre en place un mécanisme permanent d'évaluation, de planification, de contrôle et d'évaluation de la politique des soins de santé ainsi que de prestation de ces services au Canada et à recommander une politique des soins de santé à l'échelle du pays qui serait intégrée à la loi et au règlement.

L'Association attend avec impatience l'annonce de la création de ce Conseil et de sa participation au processus. Nous vous remercions beaucoup de nous avoir donné l'occasion de comparaître ici aujourd'hui et nous ferons un plaisir de répondre à vos questions.

Le sénateur Phillips: Monsieur le président, en ce qui a trait à l'idée d'un professionnel de la santé qui diminuerait le coût total des soins de santé, je crois que, dans son mémoire ou dans le cadre des discussions qui ont eu lieu devant un comité de l'autre endroit, l'Association des infirmières et infirmiers a déclaré que les soins de santé coûtent entre 300 et \$400 par jours alors qu'ils ne s'élèvent qu'à \$20 par jour, lorsqu'ils sont prodigués à domicile. Voulez-vous nous dire comment vous en êtes arrivés à ce chiffre?

Mme Glass: Un certain nombre d'études que nous avons faites permettent de démontrer cette différence de coût. La moyenne se situe entre 300 et \$400 par jour et pourrait en fait être plus élevée en ce qui a trait aux soins prodigués dans les hôpitaux. Toutefois dans le cas d'une personne qui reçoit des soins à domicile en vertu d'un programme de soins à domicile, les coûts sont de loin moins élevés étant donné qu'il n'y a pas les mêmes frais généraux que dans les hôpitaux et que les professionnels qui se rendent à domicile offrent le service sur place. Nous l'avons certes démontré dans un certain nombre d'études.

[Text]

Senator Phillips: I am rather suspicious of those figures, Dr. Glass, since about two years ago I paid for a private nurse for a member of the family and I believe I paid something in the order of \$108 per eight hour shift. If you are including nursing services at home, I wonder how you arrive at the figure of \$20?

Dr. Glass: I think what you are talking about, senator, is when there is a nurse on duty for an eight hour shift over 24 hours. That is what is called private duty work. What we are talking about is nurses visiting in the home and additional people, for example homemakers, being included in the care of people in the home. These people do not need the type of care you are suggesting, that is, in terms of a full time registered nurse.

Senator Phillips: I understand that. However, I do not think the patient will receive a very long visit for \$20 a day.

Dr. Glass: Indeed, the costs are considerably lower than they would be for even a physician visit, for example. The length of time in the home would differ according to the needs and the other type of supportive services with respect to the type of care the nurse is giving. So it is a totally different concept in terms of providing home care. There are home care programs across the country. What we are concerned with is that these programs are not included in the insured services except where provinces have taken the initiative to develop them themselves. Of course, the reason they have been developed is because they cost considerably less.

Senator Phillips: I appreciated your concern, Dr. Glass, that there are a number of services not covered under the bill.

To change my line of questioning, the idea of a health practitioner would convey to me some idea of a national standard in training, examinations, and so on. I would also say portability within the profession. What national examination is a nurse required to take in order to practice? How easy is it for a nurse, say, from New Brunswick to practice in British Columbia?

Dr. Glass: You are speaking of a nurse when you use the term health care practitioners, but; as I indicated in my opening statement there are many types of health care practitioners. This includes everything from nurses to optometrists to social workers, nutritionists, dieticians, and so on. However, if you are asking about a nurse, we have a national examination prepared by the Canadian Nurses' Association which is of a very high standard. It is used in the individual provincial and territorial jurisdictions. These are the same types of examinations as the Dominion Council's which which you might be familiar, as far as physicians' standards are concerned. So, indeed, the standards are very high.

[Traduction]

Le sénateur Phillips: J'ai des soupçons à l'égard de ces chiffres, M^{me} Glass, étant donné qu'il y a deux ans j'ai dû retenir les services d'une infirmière à titre privé pour un des membres de ma famille, et je crois que j'ai dû payer environ \$108 pour un poste de huit heures. Si vous incluez les services infirmiers à domicile, je me demande comment vous obteniez ce chiffre de \$20?

Mme Glass: Je crois que ce dont vous parlez, sénateur, c'est lorsque une infirmière est en service à titre privé pour un poste de huit heures sur une période de 24 heures. C'est ce que nous appelons un service à titre privé. Ce dont nous voulons parler ce sont des infirmières qui se rendent à domicile et des autres personnes, les travailleuses familiales par exemple, que nous incluons dans les professionnels et qui prennent soin de malades à domicile. Ces personnes n'ont pas besoin du genre de soins dont vous parlez, c'est-à-dire des soins que peut prodiguer une infirmière diplômée à plein temps.

Le sénateur Phillips: Je comprends. Toutefois, je ne crois pas que le malade aura droit à une très longue visite pour \$20 par jour.

Mme Glass: En fait, les coûts sont de loin moins élevés qu'ils ne le seraient même pour une visite du médecin, par exemple. Le temps passé au domicile varie selon les besoins et autres genres de service de soutien selon le type de services qu'offre l'infirmier ou l'infirmière. Il s'agit donc d'un concept tout à fait différent pour ce qui est des soins à domicile. Des programmes de ce genre existent dans toutes les régions du pays. Ce qui nous inquiète c'est que ces programmes ne sont pas compris dans les services assurés sauf dans les cas où les provinces les ont mis sur pied elles-mêmes. Il va sans dire que s'ils ont été mis en place, c'est parce qu'ils coûtent moins cher.

Le sénateur Phillips: Je comprends votre préoccupation, madame Glass; un certain nombre de services ne sont pas couverts par le projet de loi.

Pour changer de sujet, l'idée d'un professionnel de la santé évoque chez moi celle de l'adoption d'une norme nationale en matière de la formation, d'exams et ainsi de suite. Je dirais également de transférabilité au sein de la profession. Quel examen national une infirmière ou un infirmier est-il tenu de réussir pour exercer sa profession? Dans quelle mesure une infirmière, disons du Nouveau-Brunswick, peut-elle exercer sa profession en Colombie-Britannique?

Mme Glass: Vous parlez d'une infirmière ou d'un infirmier lorsque vous utilisez l'expression professionnels de la santé; mais, comme je l'ai signalé dans ma déclaration préliminaire il y a de nombreux types de professionnels de la santé. Cette expression vise tout les infirmières que les optométristes, en passant par les travailleurs sociaux, les nutritionnistes, les diététistes, etc. Toutefois, pour ce qui est des infirmiers ou des infirmières, ils doivent subir un examen national préparé par l'Association des infirmières et infirmiers du Canada, examen qui exige un niveau très élevé de connaissances. Les provinces et les territoires s'en servent. Il s'agit du même type d'exams que le Dominion Council que vous connaissez peut-être, du moins en ce qui concerne les médecins. Cet examen exige donc des niveaux de connaissances très élevés.

[Text]

Senator Phillips: Who administers the examinations?

Dr. Glass: Each nurse must pass the standards to practice at all. This is inherent in the system at the present time. However, the other practitioners also have their own types of standards which they must meet. These are according to the laws in the province where each of these types of practitioners has been granted the legal right to practise and they meet certain types of standards.

Senator Phillips: I have one question with respect to the idea of a health care council. As I understood it, the definition says "advise" on medical standards and the health care program in general. Do you not feel that you are taking a certain liberty with the parliamentary responsibility in that you can lay down a certain program without considering the cost of it and then expect parliamentarians to take responsibility for the cost of it?

Mrs. Rodger: Mr. Chairman, I am not sure I understand the implications of the question. What we have recommended is that in light of the need for the reform of our health care system, it is time to put a mechanism in place which groups together the providers of health care, both levels of governments and consumers of health care in order to assess, plan, monitor, and evaluate health care policies. I think we see that very much as being parallel to an economic council in this country. We think it is right that the government should be advised on spending by an economic council that has a specific mandate. I believe that we are not the only organization that has suggested that. Most other organizations have recommended that a health care council should be established and it would be most appropriate.

If one looks through the debate surrounding the proposed Canada Health Act, the central issue that keeps coming up is the need for reform, the need for a revision of policy. In order not to lose what we have and to meet the challenge of the future, we need some kind of a council that would bring together all of those elements. That is what are proposing.

As far as parliamentary liberty is concerned, or whatever it was you mentioned, our intent is not to infringe on anyone's liberty. What we are recommending as a nurses' association is that the health care system needs looking into. We say it is a second phase because possibly the proposed health act is limited in what it can achieve at this time. We would have preferred to have the 11 amendments we proposed to the committee of the House of Commons included in the legislation. We think that those amendments would provide for reform, but if it is not possible to have those amendments included in the bill, because of the political climate or whatever, then we think you should look at a second phase that gives us a tool to do that so that we can maintain the health care system we have.

So, we are not trying to take away anyone's liberty; we are just saying that, as parliamentarians, you must realize is a need there that has to be addressed.

[Traduction]

Le sénateur Phillips: Qui fait passer ces examens?

Mme Glass: Chaque infirmier ou infirmière doit atteindre les niveaux nécessaires pour pratiquer. Ceci est inhérent au système à l'heure actuelle. Les autres professionnels établissent toutefois, également des normes qui doivent être respectées. Cela dépend des règles établies par la province où chaque type de professionnel a obtenu le droit de pratiquer. Ils doivent respecter certaines normes.

Le sénateur Phillips: J'ai une question en ce qui a trait au Conseil des soins de santé. Si je comprends bien, la définition stipule «conseiller» sur les normes médicales et le programme de soins de santé en général. Ne croyez-vous pas que vous prenez certaines libertés avec la responsabilité parlementaire en ce sens que vous élaborez un certain programme sans tenir compte de son coût et que vous vous attendez à ce que les parlementaires en assument la responsabilité?

Mme Rodger: Monsieur le président, je ne suis pas certaine de bien comprendre votre question. Ce que nous recommandons c'est qu'étant donné la nécessité de réformer notre système de soins de santé, il est temps que nous prévoyons un mécanisme qui regroupe les personnes autorisées à fournir des services de santé, les deux paliers de gouvernement et les prestataires de soins de santé afin d'évaluer, de planifier, de contrôler et enfin d'évaluer les politiques en matière de soins de santé. Je crois que, pour nous, cet organisme remplirait un peu le même rôle qu'un conseil économique. Il me semble juste que le gouvernement soit conseillé en matière de dépenses par un conseil économique ayant un mandat précis. Je crois que nous ne sommes pas la seule organisation qui l'ait proposé. La plupart des autres organisations ont recommandé qu'un conseil de santé soit établi et que sa création serait très appropriée.

Si l'on analyse le débat qui entoure la Loi canadienne sur la santé proposée, la question qui revient surtout c'est la nécessité d'une réforme, la nécessité d'une révision de la politique. Pour ne pas perdre ce que nous avons déjà et relever le défi qui nous attend, nous avons besoin d'un conseil qui rassemblerait tous ces éléments. C'est ce que nous proposons.

Quant à la liberté parlementaire, ou le point que vous avez soulevé, nous n'avons pas l'intention d'empiéter sur la liberté de quiconque. En tant qu'association d'infirmières et d'infirmiers, nous sommes d'avis que le régime d'assurance-maladie a besoin d'être étudié. Nous disons qu'il s'agit d'une seconde étape parce qu'il est possible que la loi proposée soit limitée, pour l'instant, dans ses réalisations. Nous aurions préféré que les onze modifications que nous avons proposées au Comité de la Chambre des communes soient comprises dans la loi. Nous croyons que ces modifications assureraient la réforme mais il est impossible qu'elles soient incluses dans le projet de loi, étant donné le climat politique ou autre. Nous croyons donc que vous devriez songer à une deuxième étape qui nous permettrait d'y parvenir et de maintenir le système de soins de santé actuel.

Nous ne tentons pas d'entraver la liberté de quiconque; nous disons simplement qu'en tant que parlementaires vous devez vous rendre compte qu'il s'agit là d'une nécessité.

[Text]

Senator Phillips: What do you envisage by the term "monitor"? Were you thinking of a monitoring by both levels of government? Because primarily health care is a provincial responsibility. On the council, would the provincial and federal governments be represented?

Mrs. Rodger: We see that monitoring done by a council that would be responsible to Parliament. It would have, as one of its mandates, the obligation to conduct research in health care policies, allocations of health resources, and so forth, and would be able to advise the government on the matter of health issues.

We certainly think that representatives from the federal government and the provincial governments should be on that council because we believe that we need a national health act. If we really believe in the principles of medicare to ensure universality of access to all Canadians, that has to take place somewhere, otherwise each program will be determined by each province. Therefore, we need a Canada Health Act and we welcome this bill; on the other hand, we do recognize that health care falls under provincial jurisdiction insofar as the administering and organization of the health care system is concerned. That should be respected, so the two levels of government should be represented on the council.

Senator Phillips: I do not think that your resolution specified provincial government participation.

Dr. Glass: If you look at the fact that in 1957 we brought in the Hospital Insurance and Diagnostic Services Act, and in 1968 the Medical Care Act, some 25 years later we still have the same insured services within those acts, and if there were a body that was indeed looking at these needed changes, surely to goodness with all we know now about health care we should have some different kinds of services being insured in this country if we are to be progressive at all. That is an example of what might happen.

Sennator Phillips: Of course, in reply, Mr. Chairman, I am not convinced that the economic council has helped the economy.

Dr. Glass: Perhaps we can have a better council in the future.

The Chairman: In order to clarify your position, Dr. Glass, I will ask you some questions. As an association you have made some recommendations that you would like to see included in this bill. Being a Canadian citizen, and realizing that under the Constitution this is under provincial jurisdiction, would you be upset if the federal government, regardless of what the provinces said, without consultation, without a federal-provincial conference, put your amendments into the bill, or would you be more upset as a nurse because your recommendations were not accepted?

Dr. Glass: In the brief I think we made it quite clear in regard to the matter of the inclusion of insured services for the health care practitioner, because we pointed out that, indeed, the rightful place for this is within the provinces. I think our

[Traduction]

Le sénateur Phillips: Qu'entendez-vous par «contrôler»? Voulez-vous parler d'un contrôle par les divers paliers de gouvernement, étant donné que les soins de santé relèvent surtout du gouvernement provincial? Au conseil, les divers paliers de gouvernement seraient-ils représentés?

Mme Rodger: Il s'agirait d'un contrôle exercé par un conseil qui serait responsable devant le Parlement. Un conseil qui serait tenu, dans le cadre de son mandat, de faire des recherches sur les politiques, l'affectation des ressources et ainsi de suite et qui pourrait conseiller le gouvernement sur les questions de santé.

Nous croyons assurément que des représentants tant du gouvernement fédéral que des gouvernements provinciaux devraient siéger à ce conseil étant donné que nous avons besoin à notre avis d'une loi nationale sur la santé. Si nous croyons vraiment au principe de l'assurance-maladie pour garantir l'universalité à tous les Canadiens, il faut qu'un organisme s'en mêle sinon chaque province élaborera son propre programme. Nous avons donc besoin d'une loi sur la santé et nous nous réjouissons de la présentation de ce projet de loi. D'autre part, nous reconnaissons que les soins de santé relèvent des provinces en ce qui concerne l'administration et l'organisation du système. Voilà un point qui doit être respecté et pour ce faire les deux paliers de gouvernement doivent être représentés au conseil.

Le sénateur Phillips: Je ne crois pas que votre résolution précisait la participation du gouvernement provincial.

Mme Glass: Si vous considérez qu'en 1957 nous avons adopté la Loi sur l'assurance-hospitalisation et les services diagnostiques et en 1968 la Loi sur les soins médicaux, quelque 25 ans plus tard nous avons toujours les mêmes services assurés en vertu de ces lois et si nous disposions d'un organisme qui se penche sur les changements nécessaires, Dieu sait qu'avec tout ce que nous savons sur les soins de santé il nous faut assurer des services de santé différents si nous voulons progresser. C'est un exemple de ce qui pourrait arriver.

Le sénateur Phillips: Naturellement, monsieur le président, je ne suis pas convaincu que le conseil économique ait aidé l'économie.

Mme Glass: Nous pourrions peut-être créer un conseil plus efficace dans les années à venir.

Le président: Je voudrais vous poser quelques questions, madame Glass, pour clarifier votre position. Vous avez fait, au nom de l'Association, certaines recommandations que vous aimeriez voir comprises dans ce projet de loi. En tant que citoyenne canadienne, et sachant qu'il s'agit d'une question de compétence provinciale aux termes de la constitution, seriez-vous contrariée si le gouvernement fédéral, quoi qu'en disent les provinces, sans consultation, sans conférence fédérale-provinciale, adoptait vos amendements ou seriez-vous encore plus contrariée, en tant qu'infirmière, si vos recommandations étaient rejetées?

Mme Glass: Nous avons clairement indiqué dans notre mémoire, pour ce qui est de l'inclusion des services de santé assurés fournis par les professionnels de la santé que cette

[Text]

amendment is worded in such a way that that indeed would be the case.

So, we are not saying that the provinces should be overlooked. We have been extremely careful in ensuring that it is, indeed, within the jurisdiction of the provinces.

The Chairman: In other words, the only recommendation your association is making is a change to the definition of the word "practitioners"?

Dr. Glass: That is the one currently included in the bill and has the definition of the health care practitioner.

The Chairman: That is the only change you wish to make to the bill at this time?

Dr. Glass: That is the only one that has been included at the present time.

The Chairman: You are not asking this committee to make any further amendments to the bill other than that?

Dr. Glass: If it were within your powers, we would. I am not sure what this committee will be able to do, but we have put these recommendations forward so that they might be considered.

Senator McGrand: In your opening remarks you mentioned mental health services. How do you define mental health services? Do you include the care of an emotionally-disturbed child? Would you mind commenting on that?

Dr. Glass: At the moment we are concentrating on the fact that mental health services in hospitals have not been included in the bill to date. This was a point Madame Bégin—prior to the introduction of the bill—indicated would be considered. Obviously, within a hospital, as well as in other institutions and agencies, it is possible to have preventive-type services. For example, as I mentioned earlier, schools. Certainly in our other recommendation on terms of insuring health care practitioners in other settings, we would see that kind of care included. What we were addressing at that point was the mental health services in hospitals.

Senator McGrand: It goes beyond mental health services in hospitals. Have you read the new Young Offenders Act?

Dr. Glass: I beg your pardon?

Senator McGrand: What I am getting at is the fact that almost all criminals started out at some time as juvenile delinquents. They showed their emotional disturbances early in childhood but were neglected. Perhaps they only had learning disabilities, but because they were neglected they went on to a life of crime. I wonder if that act covers any of these problems?

Dr. Glass: Not to our knowledge.

Mrs. Rodger: Mr. Chairman, I should like to go back to your question on the constitutionality of our amendment. We have tried to stay out of this constitutional debate. We are not constitutional experts. We know the debate is ongoing, but our purpose here is not to play one jurisdiction against another.

[Traduction]

question relève en fait des provinces. Je crois que le libellé de notre amendement est bien précis à cet égard.

Nous ne disons pas qu'il faut négliger les provinces. Nous avons pris soin de bien indiquer que cette question est de compétence provinciale.

Le président: En d'autres termes, la seule recommandation que fait votre association, c'est de changer la définition du terme «médecin»?

Mme Glass: C'est le terme qui figure actuellement dans le projet de loi et que l'on définit comme étant un professionnel de la santé.

Le président: C'est le seul changement que vous désirez apporter au projet de loi à l'heure actuelle?

Mme Glass: C'est le seul changement demandé pour le moment.

Le président: Vous ne demandez pas au comité d'apporter d'autres modifications au projet de loi que celle-là?

Mme Glass: Nous le ferions, si nous en avons le pouvoir. Je ne sais pas ce que le Comité sera en mesure de faire, mais nous avons soumis ces recommandations pour qu'elles puissent être prises en considération.

Le sénateur McGrand: Dans vos remarques préliminaires, vous avez parlé de soins psychiatriques. Comment définissez-vous cette expression? Comprennent-ils les soins donnés aux enfants souffrant de troubles émotifs? Pourriez-vous nous donner votre avis là-dessus?

Mme Glass: A l'heure actuelle, nous nous intéressons au fait que les services psychiatriques assurés par les hôpitaux n'ont pas été inclus dans ce projet de loi. M^{me} Bégin a dit—avant le dépôt du projet de loi—que l'on tiendrait compte de cette question. Il est évident que dans un hôpital, tout comme dans les autres institutions et organismes, il est possible d'avoir recours à des services préventifs. J'ai parlé plus tôt, par exemple, des écoles. Il est évident que ce genre de soins serait compris dans notre autre recommandation ayant trait aux personnels de la santé travaillant dans d'autres domaines. Nous parlions à ce moment-là des soins psychiatriques assurés par les hôpitaux.

Le sénateur McGrand: Mais cela ne se limite pas aux soins psychiatriques assurés par les hôpitaux. Avez-vous lu la nouvelle Loi sur les jeunes contrevenants?

Mme Glass: Pardon?

Le sénateur McGrand: Ce que je veux dire, c'est que presque tous les criminels ont commencé comme jeunes délinquants. Leurs problèmes émotifs se sont manifestés très tôt dans leur enfance mais on ne s'est pas occupé d'eux. Ils ne souffraient peut-être que de problèmes d'apprentissage, mais parce qu'on les a négligés, ils sont devenus des criminels. Je me demande si cette loi traite des problèmes de ce genre.

Mme Glass: Pas à notre connaissance.

Mme Rodger: Monsieur le président, je voudrais revenir à votre question, à savoir si cet amendement va à l'encontre de la constitution. Nous avons essayé de ne pas entrer dans ce débat constitutionnel. Nous ne sommes pas des experts en constitution. Nous savons qu'il s'agit d'un débat continu et nous ne

[Text]

Our purpose involves a genuine concern about the health care system of this country. Therefore, as you will see in our previous brief to the House of Commons committee, we posed two alternatives. We said, for example, if it is a federal jurisdiction to name what professions specifically should be insured as insured services—since we already have named physicians and dentists—then you should name the services of other health care practitioners such as nurses or dietitians. If it is not within the jurisdiction of the federal government but is rather within the provincial jurisdiction, then you should work towards a definition that is over-encompassing and let the provinces determine what providers they will insure in this package.

We have outlined the issues and offered suggestions as to what we believe is required to bring about reform in the next 10 years.

As far as the constitutional debate is concerned, you have the expertise to settle this debate; we do not.

The other point is that, as the Canada Health Act is presented to you now, we believe that there is one such open window for reform, that is, the introduction of the amendment dealing with the definition of the health care practitioner. You have before you the summary of our recommendation regarding the amended Bill C-3, which includes other elements such as a larger definition of "hospital" which would cover mental health hospitals; a principle to include extended health care services, such as home care, as insured and phased in over this decade. We have identified five recommendations that should also be considered.

Following the debate that has taken place, the political climate and the promises that were made as to what was possible to accomplish, we are pleased by the fact that there is at least an amendment regarding comprehensiveness that opens the window for reform in the future.

If there is a possibility for further amendment, we suggest that the five recommendations before you guarantee that the health care system will be reformed in the next decade.

Senator McGrand: I asked that question because, as far as I know, it has not been brought up at any of the discussions we have had up until now.

The Chairman: We have a general welfare assistance act which seems to me does share with the provinces in home care, nursing, chronic care, specialist care and others on a 50-50 basis. Both federal and provincial funds go towards these services now, but they are not included under the Canada Health Act. Would your association support this committee and the Government of Canada if we pointed out that the Canada Health Act offers only a limited amount of help since tuberculosis care, home care, nursing, chronic hospitalization and others are not included? I would point out that the Senate cannot make amendments involving matters of money and that

[Traduction]

sommes pas ici pour provoquer un conflit entre deux compétences. Nous sommes véritablement préoccupés par le système de santé de ce pays. Par conséquent, comme vous le verrez dans le mémoire que nous avons soumis au Comité de la Chambre des communes, nous avons proposé deux solutions. Par exemple, si le gouvernement fédéral a le pouvoir de déterminer quelles professions peuvent être considérées comme fournissant des services de santé assurés, puisque nous avons déjà nommé les médecins et les dentistes, c'est donc à vous qu'il revient de déterminer les services qui devraient être fournis par les autres professionnels de la santé comme les infirmières ou les diététiciens. Si cette question n'est pas de compétence fédérale mais de compétence provinciale, c'est donc à vous qu'il revient de trouver une définition générale et laisser les provinces déterminer le genre de services qu'elles assureront à cet égard.

Nous avons fait ressortir les problèmes et proposé des solutions quant aux mesures qui pourraient provoquer des réformes au cours de la prochaine décennie.

En ce qui concerne le débat constitutionnel, vous avez les connaissances nécessaires pour le régler, pas nous.

L'autre point que je désire soulever est le suivant: nous croyons que la Loi canadienne sur la santé, dans sa forme actuelle, ouvre déjà la voie aux réformes par l'introduction de l'amendement concernant la définition du professionnel de la santé. Vous avez devant vous le résumé de notre recommandation concernant la nouvelle version du projet de loi C-3, qui comprend de nouveaux éléments: par exemple, une définition plus large du terme «hôpital» pour englober les hôpitaux psychiatriques; le principe visant à inclure les services complémentaires de santé, comme les soins à domicile, qui seront assurés progressivement au cours de cette décennie. Nous avons identifié cinq recommandations qui devraient également faire l'objet d'une étude.

A la suite du débat qui a eu lieu, le climat politique et les promesses qui ont été faites concernant les mesures qui pourraient être prises, nous sommes heureux de voir qu'il y a au moins un amendement concernant l'intégralité qui ouvre la voie aux changements dans les années à venir.

S'il est possible d'apporter d'autres amendements, nous sommes d'avis que les cinq recommandations dont vous êtes saisis garantissent que le régime de santé sera modifié au cours de la prochaine décennie.

Le sénateur McGrand: Je vous ai posé cette question parce que, à ma connaissance, personne ne l'a soulevée au cours des discussions que nous avons eues jusqu'à maintenant.

Le président: Nous avons une entente générale en matière de bien-être social en vertu de laquelle les provinces et le gouvernement partagent par moitié les dépenses en matière de soins infirmiers, de soins pour malades chroniques, de soins spécialisés et autres. Le fédéral et les provinces contribuent déjà à cette entente. Mais ces services ne sont pas compris dans la Loi canadienne sur la santé. Votre Association appuierait-elle le Comité et le gouvernement du Canada si nous faisons ressortir le fait que la Loi canadienne sur la santé n'offre qu'un nombre limité de services puisqu'elle n'inclut pas les soins

[Text]

the federal government cannot make amendments without consulting with the provinces. However, would you support us if we recommended to the Senate that we set up a committee to look into the total health care system of Canada and all associations, doctors, nurses, optometrists and even chiropractors; that we should put together some ideas for a comprehensive medicare program for Canada; and that the provinces and the federal government should get together in a federal-provincial conference to look into these recommendations?

Dr. Glass: Yes. We are urging, of course, that the bill be passed and we have suggested a phase two which, I think, is what you are talking about.

The Chairman: I am talking about phase three.

Dr. Glass: Whatever phase it may be, we definitely support it.

The Chairman: You would support it?

Dr. Glass: Yes, definitely.

Le sénateur Tremblay: Ma question vise seulement à clarifier la position prise par le groupe devant nous. Il me semble qu'il faut distinguer entre les services que le plan santé va couvrir et les catégories de professionnels destinés à dispenser les services en question. Si je comprends bien votre position, elle porte d'abord sur l'identification des catégories de professionnels par une extension des catégories déjà couvertes. Ce sont les médecins et les dentistes qui sont couverts, sauf si les services sont dispensés en contexte hospitalier, auquel cas toutes les catégories de professionnels de la santé qui travaillent dans un hôpital sont couverts. Est-ce que ma description des choses est correcte?

Mme Rodger: Monsieur le président, j'aurais quelques commentaires sur votre description, si vous me le permettez.

Le sénateur Tremblay: J'aimerais avoir certaines précisions là-dessus avant de poser ma question.

Mme Rodger: Le principe d'intégralité couvre trois dimensions: Le lieu où se prodiguent les soins, qui les prodigue et par conséquence, la nature des soins.

Le sénateur Tremblay: Quant à la nature des soins, ce à quoi se référerait la question du sénateur McGrand, est-ce que certaines catégories de «malades» ne sont pas couvertes de façon intégrale à l'heure actuelle? Nous les appellerons de façon très globale les malades mentaux. Par contre, quelqu'un souffrant d'une maladie physique est couvert du fait qu'il va chez son médecin à son bureau. Il y a un problème de ce côté-là. Est-ce que pour les fins de votre présentation, le problème n'est pas l'extension ou la liste des maladies, mais plutôt la liste des catégories professionnelles, de façon à inclure une garde-malade, par exemple, qui prodiguerait certains services à domicile? C'est ce que vous voulez toucher effectivement ou bien est-ce que dans les catégories professionnelles telles que

[Traduction]

offerts aux tuberculeux, les soins à domicile, les soins infirmiers, les services hospitaliers offerts aux malades chroniques et autres? Je voudrais signaler que le Sénat ne peut proposer d'amendments sur des questions d'argent et que le gouvernement fédéral ne peut apporter d'amendments sans consulter les provinces. Toutefois, nous donneriez-vous votre appui si nous recommandions au Sénat de former un comité pour étudier toute la question du régime de santé au Canada, de même que toutes les associations, les médecins, les infirmières, les optométristes et même les chiropracticiens; si nous trouvions des idées pour établir un programme d'assurance-maladie global pour le Canada et si nous demandions aux provinces et au gouvernement fédéral d'organiser une conférence provinciale-fédérale pour étudier certaines recommandations?

Mme Glass: Oui. Nous encourageons, évidemment, l'adoption du projet de loi. Nous avons parlé d'une deuxième étape et c'est bien à cela que vous faites allusion si je ne m'abuse.

Le président: Je parle de la troisième étape.

Mme Glass: Quelle que soit l'étape, nous appuyons sans aucun doute cette démarche.

Le président: Vous l'appuieriez?

Mme Glass: Oui, sans aucun doute.

Senator Tremblay: My question aims simply to clarify the position taken by the group before us. It seems to me that we have to distinguish between the services that the health plan is going to cover and the categories of practitioners who are supposed to deliver the services in question. As I understand your position, it deals first of all with identifying categories of practitioners by an extension of the categories already covered. It's doctors and dentists who are already covered, except if the services are provided in a hospital context, in which case all categories of health practitioner who work in the hospital are covered. Is my description of the situation correct so far?

Mrs. Rodger: Mr. Chairman, I have certain comments I would like to make about the description if I may.

Senator Tremblay: I would be glad to have certain clarifications before I ask my question.

Mrs. Rodger: The principle of comprehensiveness has three dimensions: the setting where the services are delivered, the provider of the services and consequently the nature of the services.

Senator Tremblay: As to the nature of the services provided, that was what Senator McGrand's question referred to: are certain categories of "patients" not completely covered at the present time? The people we label loosely "the mentally ill" are not completely covered. On the other hand, someone with a physical ailment is covered because he goes to see his doctor in an office. There is a problem in this respect. For purposes of your presentation, is the major problem the extension not of the list of illnesses, but rather of the list of practitioner categories, so that it will include, for example, a nurse who provides certain services in the home? Is that what you're getting at, or is it that in the practitioner categories that are already recognized, it's the provinces that recognize practitioner status?

[Text]

reconnues, ce sont les provinces qui reconnaissent le statut professionnel? Est-ce que vous voudriez que le fédéral lui-même se charge des définitions couvertes ou bien est-ce que le problème, c'est que vous voudriez que les catégories définies par les provinces soient reconnues par l'entremise des programmes de financement du gouvernement fédéral? Il n'y aurait pas de problème de juridiction à ce moment. Est-ce que le gouvernement fédéral voudra financer ces programmes? Ce sont les provinces qui définissent les catégories de professionnels de la santé, selon leur juridiction. J'essaie de savoir quelle est la nature du problème.

Mme Rodger: Monsieur le président, notre position ne touche pas seulement les professionnels couverts. Notre position touche les trois questions couvertes selon les catégories. Il s'agit de l'intégralité des services. Si les services sont assurés seulement à l'intérieur des hôpitaux, cela rend les soins extrêmement dispendieux. Il y a aussi les cliniques, les écoles et d'autres endroits où peuvent être prodigués les soins. C'est un des points que nous soulevons. Maintenant qui doit prodiguer les services? Le gouvernement fédéral détermine que les professionnels de la santé qui prodigueront les soins de santé tels qu'autorisés par les provinces seront couverts. Quant à la nature des services, c'est là qu'on considère la phase 3. Ce sera une question qu'il faudra poser, c'est-à-dire qu'au niveau fédéral, on assure la nature des services et non plus les lieux où les professionnels, c'est-à-dire qu'on couvre les services qui touchent non seulement les maladies mentales mais aussi toute la population canadienne. Cela ne doit pas toucher seulement l'aspect curatif, par exemple, lorsqu'on va à l'hôpital. Cela devra toucher aussi la promotion de la santé et la prévention de la maladie. Notre système actuel n'emploie pas des termes assez précis; ce n'est pas un système de santé, c'est un système de maladie. On n'a pas assuré les services.

Le sénateur Tremblay: J'ai une dernière précision à demander, monsieur le président. Lorsqu'il s'agit d'un médecin, quel que soit l'endroit, que ce soit à domicile, que ce soit dans la rue ou dans un hôpital, les soins qu'ils dispensent sont reconnus. C'est bien cela.

Mme Rodger: Oui.

Le sénateur Tremblay: Donc, la définition tient au statut de médecin. Ce que vous proposez en fin de compte, c'est qu'un statut analogue soit reconnu au titre du plan de santé pour une infirmière, quel que soit l'endroit où elle dispensera ses services. Si elle est reconnue comme une profession couverte par le plan, vous souhaiteriez que ces services soient inscrits. Actuellement, ce n'est qu'à l'intérieur d'un contexte hospitalier que ces services sont reconnus au titre du plan, c'est bien cela?

Mme Rodger: C'est exact, on voudrait que la nature des services soit reconnue pour quelque professionnel que ce soit et que cela soit développé ou implanté au fur et à mesure dans la prochaine décennie. Ce sont les gouvernements des provinces qui décideront que ces groupes-là seront assurés ou non. Malgré ceci, et c'est ce que nous soutenons dans le mémoire, c'est le cadre de travail que se sont donnés nos parlementaires présentement. Nous considérons que nous devrions étudier un autre cadre ou une autre approche à l'assurance, par la nature des services et non par les lieux ou par les professionnels.

[Traduction]

Would you like the federal government to take responsibility itself for the definitions covered, or is the problem that you would like the categories defined by the provinces to be recognized via federal government funding programs? There wouldn't be any problem of jurisdiction in that case. Will the federal government want to finance these programs? It's the provinces that define the categories of health practitioners, according to their jurisdiction. I'm trying to determine the exact nature of the problem.

Mrs. Rodger: Mr. Chairman, our position does not deal solely with the practitioners who are covered. Our position deals with the three questions covered on the basis of the categories. The issue is comprehensiveness of service. If services are insured only within hospitals, that makes the cost of care very high. There are also clinics, schools and other areas where care can be given. That's one of the points we raise. Now, who should deliver the services? The federal government decides that the health practitioners who provide health care as authorized by the provinces are covered. As to the nature of the services, that's a question we think should be considered perhaps during what the Chairman calls phase 3—that is, at the federal level it is the nature of the services that should be the basis for insurance and not settings or practitioner categories any more. In other words, services should be insured not only for the mentally ill but for everybody in Canada. It shouldn't be just the curative aspect that's covered, for example someone being admitted to hospital. Health promotion should be involved too, and preventive medicine. Our current system doesn't really use accurate terminology—it's not a health system, it's an illness system. Services have not been insured.

Senator Tremblay: I have a last clarification to ask, Mr. Chairman: when a doctor is involved, wherever it may be, at home or in the street or in a hospital, the services he provides are recognized. That's correct?

Mrs. Rodger: Yes.

Senator Tremblay: So the definition depends on the status of a doctor. What you are proposing, basically, is that an analogous status be recognized under the health-care plan for nurses, wherever they provide their services—if they are recognized as practitioners covered by the plan, you want those services to be included. Currently it's only in the hospital context that these services are recognized for purposes of the plan, am I right?

Mrs. Rodger: That's right, we want the nature of the services provided to be recognized for practitioners in whatever category and for this to be developed or introduced gradually over the coming decade. It's the provincial governments that will decide if these groups will be insured or not. Despite that, and this is the point we make in our brief, it is this framework that our parliamentarians have given themselves to work in at this time. We feel we should study another framework or another approach to insurance, based on the nature of the services and not on that of settling or practitioner category. Since we

[Text]

Comme on doit procéder d'étape en étape dans le cadre de référence que vous nous donnez, dans ce contexte, la réponse à votre question est oui.

Senator Marshall: Regarding page 15 of the brief, referring to prevention of illness, health maintenance and primary health care, if governments looked at those simple means of providing the care we need, we would not be worried about the fancy ideas that appear in studies and consultative reports. I have a reply to a question on the Senate's order paper concerning the number of outside consultants employed by the Department of National Health and Welfare, and the list of contracts. I note that over 400 contracts were let out by the Department of Health and Welfare, representing an amount of \$4.5 million. There is more duplication and triplication than one could possibly imagine. Are you aware of any of those reports? Who uses them? Are they put to any use? For example, there are three here amounting to \$200,000 for putting in management systems. Are you aware of any of the consultants who are hired? Do you see the reports and do they help you in your effort toward improving health care?

Dr. Glass: There may be some of those reports that are helpful. However, I would like to respond in relation to an aspect that is very much related to what we are talking about, in terms of demonstration projects here, on which the government has spent a great deal of money. For example, there is one project on which it has spent approximately \$500,000, to demonstrate the cost effectiveness and efficient use of nurses in primary health care in two communities in Quebec. Because there are no means of incorporating those into the health care system, the way the system is presently operating, the value of that money that has been put into research has not been realized. But perhaps that is something slightly different from what you are talking about.

Senator Marshall: I mentioned a few. These are probably half a dozen.

Dr. Glass: We are getting very concerned about this, because we have demonstrated over and over again the use of nurses, both in terms of their effectiveness and the reduction in costs. We would like to see some of this brought into the insured services.

Senator Marshall: It is doing some good for the paper industry, but that's about all. You are recommending a health care council. My experience of advisory boards and care councils is that they accomplish nothing other than meeting somewhere to chew over a few matters, but nothing ever comes out of them. Why are you recommending a health care council so strongly?

Mrs. Rodger: I would say, Mr. Chairman, that our experience merely to get heard in this debate on the Canada Health Act is a good example of how a health care council could serve a useful purpose. We have had, in our discussion and support, many people who say "Yes, we recognize there is need for reform, but in light of this or that political consideration, we cannot accomplish it right now". Others would say "Yes, this part could be useful now, but politically it is not advisable". There is a whole mishmash of different interests. If a health council were to look at what is before us, at the challenges and

[Traduction]

have to proceed stage by stage within the frame of reference you give us, in this context, the answer to your question is yes.

Le sénateur Marshall: A la page 15 du mémoire, vous faites allusion aux services d'hygiène préventive et aux soins de base; si les gouvernements s'occupaient de nous fournir les soins dont nous avons besoin, nous n'accorderions pas d'intérêt aux idées grandioses qui paraissent dans les études et les rapports. J'ai la réponse à la question qui figure à l'ordre de renvoi du Sénat concernant le nombre d'experts-conseils indépendants qui sont engagés par le ministère de la Santé et du Bien-être social, et la liste des contrats. Plus de 400 contrats totalisant 4,5 millions de dollars ont été octroyés par le ministère de la Santé et du Bien-être social. Il y a beaucoup plus de doubles et de triples emplois qu'on ne le croit. Avez-vous lu certains de ces rapports? Qui s'en sert? Les utilise-t-on? Par exemple, on fait état ici de trois contrats totalisant 200 000 dollars pour mettre sur pied des systèmes de gestion. Connaissiez-vous les experts-conseils embauchés? Avez-vous vu leurs rapports et vous permettent-ils d'améliorer les régimes de santé?

Mme Glass: Certains de ces rapports peuvent nous être utiles. Toutefois, je voudrais vous parler d'un aspect qui est nettement relié à notre sujet de discussion et qui concerne les projets de démonstration auxquels le gouvernement a consacré de fortes sommes. Par exemple, il a dépensé environ 500 000 dollars pour un projet destiné à démontrer la rentabilité et l'efficacité des services offerts par les infirmières chargées de fournir des soins de base dans deux collectivités du Québec. Puisqu'il n'existe aucun moyen d'incorporer ces services au système d'assurance-maladie, à cause de la façon dont le système fonctionne à l'heure actuelle, il n'a pas été possible de tirer profit des résultats de cette étude. Mais cela ne correspond peut-être pas à ce dont vous faites allusion.

Le sénateur Marshall: J'en ai mentionné quelques-uns. Il y en a peut-être une demi-douzaine.

Mme Glass: Cette question nous préoccupe beaucoup parce que nous avons prouvé à plusieurs reprises à quel point les services offerts par les infirmières sont efficaces et rentables. Nous voudrions qu'il en soit de même pour les services assurés.

Le sénateur Marshall: Ces projets profitent à l'industrie du papier, et c'est à peu près tout. Vous recommandez la création d'un conseil médical. D'après mon expérience, tout ce que font les conseils consultatifs et les conseils médicaux, c'est de se réunir dans un endroit quelconque pour discuter de certaines questions. Jamais rien de concret ne se fait. Pourquoi recommandez-vous si fortement qu'on crée un conseil médical?

Mme Rodger: Je dirais, monsieur le président, que le simple fait de participer au débat sur la Loi canadienne sur la santé démontre à quel point un conseil médical pourrait s'avérer utile. Beaucoup nous ont dit: «Oui, nous reconnaissons qu'il faut apporter des changements, mais compte tenu des considérations politiques, nous ne pouvons rien faire pour le moment». D'autres ont dit: «Oui, cela pourrait nous être utile maintenant mais du point de vue politique, ce n'est pas souhaitable». Les intérêts sont des plus variés. Si un conseil médical était chargé

[Text]

our needs, there would be a more productive result than going through the lobbying system and not having all of the research-supporting material and a captive group which has as its main interest looking into health care policy. We have got over the hurdle just to have our voice heard, pointing out that there is need for reform and that we should be prepared. In fact, a health council would avoid all that and would permit an adviser who would have some credibility, and not a vested interest, to advise the government on these issues.

Senator Marshall: Do you not lobby the government?

Dr. Glass: I think we are saying how difficult it is to make any impression.

Senator Marshall: So you think that a health care council would make more of an impression?

Mrs. Rodger: Yes; it would be more credible.

The Chairman: Perhaps we could now move on to our next witnesses.

Senator McGrand: Mr. Chairman, before we do so, I have a question to ask the present witness. It is short and to the point. Do you mean that a health care council would examine the whole field of medicare and recognize the neglected areas; is that it?

Dr. Glass: Yes.

The Chairman: I will now call on Dr. Isaac of the Ontario Medical Association. We have with us Dr. G. A. Isaac, President of the Ontario Medical Association, and Dr. E. J. Moran General Secretary. Dr. Isaac will have a few opening comments, following which we shall have questions.

Dr. G. A. Isaac, President, Ontario Medical Association: Mr. Chairman, I would like to thank you and the committee for giving us the opportunity to appear. As President of the OMA, I would like to say that we have 16,000 members, all physicians in Ontario, which comprises about 80 per cent of the total number of physicians. In this matter that we are discussing today, we are also under a certain amount of pressure from PAIRO, the Professional Association of Interns and Resident of Ontario, which has 2,500 members. That association is interested in our helping to protect the legacy which will be theirs and which is now being fashioned. Opting out has provided a great measure of flexibility in the system and security for physicians and the standard of care in Ontario. However, opting out is only a means to these ends. There are probably other means to obtain the same ends.

Some 85 per cent of physicians in Ontario bill the provincial insurance plan directly; there is not financial benefit to those 85 per cent of physicians. Yet, they fully understand the subtle protections which they are afforded by opting out and which they wish us as their organization to defend. If the legislation before this committee is passed and applied in Ontario then alternate mechanisms will be needed to replace the protections which the opting out system has afforded in the past. One of the main vacuums will be the negotiating lever for the medical profession. The percentage of opted out physicians in Ontario

[Traduction]

d'étudier nos problèmes et nos besoins, cela s'avèrerait beaucoup plus efficace que d'avoir recours à un lobby sans avoir tous les documents justifiables nécessaires—un groupe captif qui s'occuperait surtout d'étudier la politique en matière de santé. Nous nous contentons plus tout simplement de nous faire entendre, de signaler le fait que la situation doit changer et qu'il faut nous tenir prêts. En fait, un conseil médical éviterait tout cela et permettrait à un conseiller jouissant d'une certaine crédibilité, et non pas un intérêt acquis, de conseiller le gouvernement sur ces questions.

Le sénateur Marshall: Ne faites-vous pas pression auprès du gouvernement?

Mme Glass: Il est difficile de faire impression.

Le sénateur Marshall: Vous croyez qu'un conseil médical aurait plus de chance de faire impression?

Mme Rodger: Oui, il aurait plus de crédibilité.

Le président: Nous pourrions peut-être maintenant laisser la parole à nos autres témoins.

Le sénateur McGrand: Monsieur le président, avant de le faire, je voudrais poser une autre question à nos témoins actuels. Elle est courte et précise. Voulez-vous dire qu'un conseil médical étudierait la question de l'assurance-maladie et ferait ressortir les domaines qui ont été négligés; est-ce cela?

Mme Glass: Oui.

Le président: Je demanderais maintenant à M. Isaac de l'Association médicale de l'Ontario de prendre la parole. M. G. A. Isaac, qui est président de l'Association médicale de l'Ontario est accompagné de M. E. J. Moran, secrétaire général. M. Isaac prononcera quelques mots après quoi nous lui poserons des questions.

M. G. A. Isaac, président, Association médicale de l'Ontario: Monsieur le président, je voudrais vous remercier, ainsi que le Comité, de nous donner l'occasion de comparaître devant vous. Je suis président de l'AMO, association qui groupe 16,000 médecins pratiquant en Ontario, soit environ 80 p. 100 du nombre total de médecins pratiquant dans cette province. Pour ce qui est de la question que nous étudions aujourd'hui, PAIRO, la *Professional Association of Interns and Residents of Ontario*, qui compte 2,500 membres, a exercé des pressions sur notre groupe. Elle désire que nous l'aidions à protéger l'héritage qui lui reviendra un jour et qui est en voie d'être amassé. La désaffiliation a permis d'assouplir le système, d'offrir une sécurité aux médecins et de normaliser les soins offerts en Ontario. Toutefois, la désaffiliation n'est qu'un des moyens de réaliser ces objectifs.

Environ 85 p. 100 des médecins de l'Ontario font parvenir leurs comptes d'honoraires directement au Régime d'assurance-maladie provincial; ils ne reçoivent donc aucun avantage financier. Ils sont cependant parfaitement conscients des protections subtiles que leur assure la désaffiliation; ce sont ces protections qu'ils désirent voir l'AMO, qui les représente, protéger. Si la mesure législative qu'étudie actuellement votre Comité est adoptée et appliquée en Ontario, il faudra alors mettre au point d'autres mécanismes afin de remplacer les mesures de protection qu'assurait, le système de désistement.

[Text]

is always a ghost at the negotiating table. It is very important to the government that the number of doctors who are opted out should be kept small. This affects the negotiating mechanism.

Recognizing that private insurance is illegal in Ontario, as in the other provinces, and recognizing that the OMA, as other provincial associations, does not have a closed shop with a check-off, and does not want one, and recognizing that Ontario physicians are specifically excluded from the labour legislation, the scenario which one can visualize under this bill in the future would be captive employee group with a monopoly employer. In such a situation it is very seductive for the employer to become quite oppressive to its employees. If there is not provision for negotiation then withdrawal of services—an anathema to us all, physicians, politicians, not to mention the public—would be the only means of protest. Consequently, we respectfully request the support of the Saxon amendments from Nova Scotia, with which I think the members of your committee are familiar. I am referring to clause 12(c) which would make a reasonable negotiating mechanism mandatory. We believe, Mr. Chairman, the waves arising from this bill are such that there is a responsibility to replace the things which have been afforded by the opting out system and which would be affected by these measures.

The Chairman: What do you think of the amendment put forward in the other place in clause 12(2)? Do you feel it will give you any leeway at all for reasonable compensation?

Dr. Isaac: Perhaps I could ask Dr. Moran to answer your question:

Dr. E. J. Moran, General Secretary, Ontario Medical Association: I believe in Dr. Isaac's opening remarks he referred to 12(c) in relation to what he called the Saxon amendment. I think he should have properly directed his comment to 12(2) which, as you know, allows the Province the option of providing access by the medical profession to either conciliation or binding arbitration as a means of satisfying clause 12(c) in relation to reasonable compensation. I think what Dr. Isaac is saying on behalf of the OMA is that the profession would be better served if, in fact, it were mandatory for the provincial governments to provide access to either conciliation or binding arbitration when the profession so requested.

The Chairman: I agree that the profession would be better served if that were a mandatory provision. However, if you had the option to please the profession and make it mandatory while the Government of Canada unilaterally changed the legislation without provincial consultation, or if you wanted for the opportunity to consult the provinces and make amendments to the legislation later on, as a Canadian citizen which would you prefer?

Dr. Moran: I am here, sir, both as a citizen and as a representative of the physicians of Ontario whose responsibilities I am charged to pursue. The most direct way to answer the

[Traduction]

L'importance que revêt la désaffiliation provient en grande partie du fait qu'elle représente un puissant instrument de négociation pour la profession médicale. Il est très important, pour le gouvernement, que seul un petit nombre de médecins se désistent. La non-participation influe donc considérablement sur le déroulement des négociations.

Puisque l'assurance privée est illégale en Ontario, comme dans les autres provinces, et que l'AMO, comme les autres associations provinciales, n'est pas «syndiquée» et ne désire pas l'être, et que les médecins de l'Ontario ne sont pas précisément exemptés de se conformer au code du travail, la mise en vigueur de ce projet de loi nous laisse entrevoir un avenir où un groupe d'employés se trouvera sous la férule d'un employeur monopolistique. Le cas échéant, il sera très facile pour l'employeur d'opprimer ses employés. Si l'on ne prévoit pas de négociations, alors, le retrait des services, qui est un anathème pour nous tous, médecins, hommes politiques et citoyens en général, serait notre seule façon de protester. Par conséquent, nous vous encourageons à adopter les modifications Saxon de la Nouvelle-Écosse que vous connaissez sans doute. Je pense particulièrement à l'alinéa 12(1)c qui rendrait obligatoire l'adoption d'un mécanisme de négociation raisonnable. À notre avis, monsieur le président, les critiques que suscite ce projet de loi sont telles qu'il incombe au gouvernement de remplacer les avantages qui sont offerts par le désistement mais qui seront supprimés si la Loi est adoptée.

Le président: Que pensez-vous de la modification proposée au paragraphe 12(2) par les membres de l'autre endroit? Croyez-vous qu'elle vous assurera une certaine marge de rémunération?

M. Isaac: J'aimerais demander à M. Moran de répondre à cette question.

M. E. J. Moran, secrétaire général, Association médicale de l'Ontario: Dans sa présentation, M. Isaac a parlé de l'alinéa 12(1)c par rapport à ce qu'il a appelé la modification Saxon. Je crois qu'il aurait dû plutôt parler du paragraphe 12(2) qui, vous le savez, permet à la province de conclure, avec ses membres de la profession médicale, un accord prévoyant la conciliation ou l'arbitrage obligatoire afin de satisfaire aux exigences de l'alinéa 12(1)c qui porte sur une rémunération raisonnable. Je crois que M. Isaac dit, au nom de l'AMO, que la profession médicale serait, de fait, avantagée si les gouvernements provinciaux étaient tenus de permettre aux membres de la profession médicale d'avoir recours soit à la conciliation soit à l'arbitrage obligatoire.

Le président: Je reconnais que la profession serait avantagée si les provinces étaient tenues de procéder ainsi. Mais si l'on vous donnait le choix entre satisfaire aux exigences de la profession et rendre ces dispositions obligatoires alors que le gouvernement du Canada modifierait unilatéralement la Loi sans consulter les provinces, d'une part, et, d'autre part, consulter les provinces pour ensuite apporter des modifications à la Loi, en tant que citoyen canadien, laquelle de ces deux options choisiriez-vous?

M. Moran: Je vous parle aujourd'hui, monsieur le président, comme citoyen et comme représentant des médecins de l'Ontario qui m'ont chargé de les défendre. La façon la plus directe

[Text]

question is to point out that the implication of the bill as it is now constituted does, in fact, reach into provincial jurisdiction. In fact, it creates a serious imbalance with respect to the negotiating process in Ontario. What we are saying to this committee is that there are two sides to the coin—if the bill does reach in and destroy the balance of our negotiating process then we feel it is no more intrusive, perhaps even less so, than if the Senate committee were to recommend that the balance of the negotiating process be restored by providing for access to either conciliation or binding arbitration when the influence of the shrinking and growing of opting out has been taken away.

The Chairman: Is it your interpretation that opting out has been taken away or would you say that the province still has the power to allow physicians to opt out while losing financial support?

Dr. Moran: I agree. As you will note, the wording of the amendment specifies whenever opting out is prohibited. We make no secret about supporting the status quo. We believe that opting out does provide a finer balance and does not compromise the public interest. However, at the same time we recognize that there is a distinct possibility that the impact of financial penalties will lead to some, if not all, provinces to prohibit opting out over time. What we are looking for is that given the prohibition of opting out in any province the safety net of access to conciliation or binding arbitration be in place.

Senator Tremblay: If I understood correctly, what you have just said Dr. Moran, is that you do not agree with clause 12(2)(c), which provides that the legislature of the province may override any decision taken by binding arbitration. What is your position with respect to that point?

Dr. Moran: If I understand your question, clause 12(2)(c) is a statement of the reality of the law as it now exists in our province, which is a recognition that if the provincial legislature wishes to free itself from binding arbitration it can so do. In recognition of the law, and the reason I would support the conclusion of that amendment, is that if a province should choose to free itself from binding arbitration, for whatever reason, it would have to be done in a public way in the legislature.

Senator Tremblay: Clause 12(2)(c) reads:

... that a decision of a panel referred to in paragraph (b) may not be altered except by an Act of the legislature of the province.

Since the debate will move from an arbitration panel to the legislature that means that the remuneration of physicians will become the subject of debate in the legislature. You would be parroting in the legislature itself, with all the implications involved in that, and the parties would be the main actors. Is that what you want as physicians—that remuneration should be the subject of a debate between political parties in the provincial legislatures?

Dr. Moran: As opposed to having no process at all through which we could pursue our needs with respect to remuneration, we would support that. The problem we see in the absence of

[Traduction]

de répondre à la question est de signaler que s'il est adopté sous sa forme actuelle; le projet de loi aura des répercussions dans des domaines qui relèvent des provinces. De fait, cette mesure crée un déséquilibre grave en ce qui a trait au processus de négociation en Ontario. L'AMO, vous dit simplement qu'il y a un revers à la médaille: si le projet de loi arrive à détruire l'équilibre de notre processus de négociation, nous sommes d'avis qu'il ne représente pas un danger plus grave que la recommandation qu'a présentée votre comité sénatorial dans le but de rétablir l'équilibre du processus de négociation en assurant un accès soit à la conciliation soit à l'arbitrage obligatoire si l'avantage que représente la non-participation vient à être supprimé.

Le président: Pensez-vous qu'on empêche le désistement ou diriez-vous plutôt que la province peut toujours permettre aux médecins de se désaffilier même si elle perdait une certaine aide financière?

M. Moran: Vous noterez que la modification précise bien que la désaffiliation est interdite. Nous n'hésitons pas à dire que nous sommes en faveur du statu quo. Nous sommes d'avis que la désaffiliation assure un meilleur équilibre et ne compromet pas l'intérêt public. Toutefois, nous reconnaissons également qu'il est fort possible que les sanctions financières poussent certaines provinces, sinon la totalité d'entre elles, à interdire éventuellement la non-participation. Tout ce que nous voulons, c'est que si une province interdit la désaffiliation, elle assure un filet sécuritaire sous la forme de l'accès à la conciliation ou à l'arbitrage obligatoire.

Le sénateur Tremblay: Si j'ai bien compris vos propos, monsieur Moran, vous n'êtes pas d'accord avec l'alinéa 12(2)c) qui permet à l'assemblée législative d'une province de casser une décision rendue lors d'un arbitrage obligatoire. Quelle est votre position à cet égard?

M. Moran: L'alinéa 12(2)c) illustre bien la situation qui existe dans notre province; cet alinéa permet à l'assemblée législative provinciale qui le désire de se libérer de l'arbitrage obligatoire. La seule raison qui me pousserait à appuyer cette modification est le fait que la province qui désirera échapper à un arbitrage obligatoire pour une raison quelconque devra le faire de façon publique et officielle à l'assemblée législative.

Le sénateur Tremblay: L'alinéa 12(2)c) prévoit:

... l'impossibilité de modifier la décision du groupe visé à l'alinéa b), sauf par une loi de la province.

Puisque le débat sera transposé d'un groupe d'arbitrage à l'assemblée législative, la question de la rémunération des médecins fera donc l'objet d'une étude à l'assemblée législative. Vous répéteriez toute l'histoire à l'assemblée législative; les partis politiques deviendraient alors les principaux intervenants. Est-ce ce que vous désirez, à titre de médecin, qu'il soit débattu de votre rémunération aux assemblées législatives provinciales?

M. Moran: Nous préférons cette solution à celle aux termes de laquelle nous ne disposons d'aucun moyen de faire valoir nos besoins au chapitre de la rémunération. À notre avis, sans

[Text]

opting out, in the absence of any negotiating mechanism, is that we are at mercy of the provincial governments.

The business of negotiating between the medical profession and the provincial governments is not an intellectual exercise; it is a blood sport. The price tag is edging up close to 42 billion, and when we go to the bargaining table with government officials, they use every means available to pursue their objectives, as do we, and all we are asking for is a fair fight. We recognize that the provincial governments must have overall jurisdiction over the public purse, and any decision they make we wish it to be made publicly in the legislature if that is the end point of the process. We see no other route, although we recognize it could be unseemly on occasion.

Senator Tremblay: So you would place yourself in the hands of the legislators without any means to balance the power of the legislators, except one possible means, which might be to strike. Do you exclude the right to strike in that context?

Dr. Moran: As the president stated, the prospect of using strike or withdrawal of services as a regular means of resolving fee negotiations is anathema to us. We do not think that governments would tolerate it; we do not think that the public would tolerate it. So, we do not look upon strike as a regular means of resolving fee disputes. Failing our ability to use that tool regularly and effectively, we need something else.

Senator Tremblay: Would you have any objection to spelling out in the bill that the right to strike will not be used?

Dr. Moran: To be perfectly frank with you, senator, with binding arbitration in the public sector in the province of Ontario—and that is my only focus of experience—we are concerned about the ability of the government to reach out and influence the arbitration process over time. We would like the law the way it is spelled out, which does not rule out strike, so that the prospect of the alternative is available if in fact the arbitration process is subverted in any way. So, we would like it there as an option but more to keep the arbitration process one of complete integrity.

Senator Tremblay: Do I understand you correctly that you would like to have, without spelling it out, the possibility of a strike if the legislatures do change a decision of a binding arbitration panel?

Dr. Moran: No, no. If the profession at the outset chooses arbitration as a means of resolving a dispute, then we are bound and a strike is unacceptable, but if one recognizes that in the amendment there is the option of going the conciliation route or the binding arbitration route, and if one chooses arbitration, then my assessment of the impact of that choice is no strike.

Senator Phillips: Mr. Chairman, I am probably anticipating what the provincial ministers will have to say tomorrow, but I believe that they are going to be concerned that they will be saddled with the cost of an arbitration board. Has binding

[Traduction]

possibilité de désaffiliation et sans mécanisme de négociation, nous sommes à la merci des gouvernements provinciaux.

Les négociations entre la profession médicale et les gouvernements provinciaux ne sont pas un exercice intellectuel, mais un sport sanguinaire. Leur coût s'élève à près de 2 milliards de dollars; lorsque nous négocions avec les représentants du gouvernement, ceux-ci font tout ce qu'ils peuvent pour atteindre leurs objectifs, tout comme nous d'ailleurs. Nous désirons simplement que puisse être mené un combat loyal. Nous reconnaissons que les gouvernements provinciaux doivent être responsables des deniers publics, et désirons par conséquent que toute décision soit prise publiquement à l'Assemblée législative, si c'est là la dernière étape du processus. Nous ne voyons aucune autre solution, même si nous reconnaissons que toute cette histoire puisse être inconvenante.

Le sénateur Tremblay: Ainsi, vous vous placeriez entre les mains des législateurs sans avoir d'autre moyen que la grève pour compenser leur pouvoir. Dans ce contexte, la grève demeure-t-elle une possibilité?

M. Moran: Comme le président l'a dit, le recours à la grève ou au retrait des services comme moyen régulier de faire aboutir les négociations sur la rémunération est en quelque sorte, pour nous, un anathème. Nous ne croyons pas que les gouvernements, le public ou même, nos propres membres le toléreraient. Ainsi, nous ne pensons pas que la grève soit un moyen normal de résoudre les conflits portant sur la rémunération. Si nous ne pouvons nous en servir de façon régulière et efficace, il nous faut trouver autre chose.

Le sénateur Tremblay: Vous opposeriez-vous à ce que le projet de loi interdise le recours à la grève?

M. Moran: Pour être parfaitement honnête, sénateur, puisque l'arbitrage exécutoire existe déjà au sein de la Fonction publique de l'Ontario—et c'est à cela que se limite mon expérience, nous craignons, qu'à la longue, le gouvernement n'influence le processus d'arbitrage. Nous aimerions conserver le libellé actuel de la loi, car il n'interdit pas le recours à la grève, ainsi, on disposerait d'une solution de rechange si le processus d'arbitrage n'aboutissait pas. Nous aimerions conserver cette option qui servirait surtout à assurer l'intégrité du processus d'arbitrage.

Le sénateur Tremblay: Avez-vous bien dit que vous aimeriez conserver l'option que constitue la grève, solution à laquelle vous auriez recours si les assemblées législatives cassaient une décision rendue par un conseil d'arbitrage exécutoire?

M. Moran: Pas du tout. Si les médecins décident dès le départ de choisir l'arbitrage comme moyen de régler le conflit, nous sommes donc engagés et une grève serait inacceptable; si l'on reconnaît que la modification prévoit l'option de choisir la conciliation ou l'arbitrage obligatoire, et qu'on choisisse l'arbitrage, d'après moi, il ne pourra y avoir de grève.

Le sénateur Phillips: Monsieur le président, j'anticipe probablement ce que les ministres provinciaux diront demain, mais je crois qu'ils diront craindre d'avoir à assurer les coûts aux activités d'un conseil d'arbitrage. A votre connaissance, a-

[Text]

arbitration ever been used in Ontario or in any other province of which you are aware?

Dr. Moran: Not for physicians' negotiations. We have had a form of arbitration, but not binding arbitration, and we have the mechanics of arbitration, but the model has not been binding arbitration.

Dr. Isaac: Mr. Chairman, binding arbitration has been used in disputes involving the civil service, and we are going to be very much in that position, whether we are civil servants or not, under the Canada Health Act, and we will need that protection.

Senator Phillips: What have been the fee increases in the province of Ontario for physicians over the past three or four years? How much have they gone up each year?

Dr. Moran: That is difficult for me to answer without my papers in front of me. We negotiated a five-year agreement in 1982, and there were two components to that agreement, one being designed to track the cost of living—and the current best projections were used; another was to, if you will, right the wrong and make up for shortfalls which occurred in years gone by. The first component was to increase the price of physicians' services so that it was equal to the change in the economy, and the other was a catch-up get the prices up where the government and the physicians agreed they should be. I cannot quantify those increases, but that information is easily obtained if you wish it.

Senator Phillips: I would appreciate having those figures, Mr. Chairman.

The Chairman: Could you provide those to the committee at a later date?

Dr. Moran: Yes, we can go back five, ten or 15 years. That information can be put together rather easily.

Senator Phillips: I should like the information regarding the five-year agreement you have with the Province of Ontario. Perhaps you might also clarify how the six-and-five program affected you. I believe there was a roll-back in physicians' salaries.

Dr. Moran: Yes, there was.

Senator Phillips: You referred to a catch-up. I rather anticipate there will be a demand from physicians for a catch-up after the six-and-five program finishes.

Dr. Moran: I anticipate that there will not be because, if you will recall, under the AIB, physicians were excluded from any calculation of catch-up.

The Chairman: Is the Ontario Medical Association satisfied with the amendment to clause 12(2)? Does the membership feel that that meets all their requirements, or would they rather not have it?

[Traduction]

t-on déjà eu recours en Ontario, ou dans une autre province, à l'arbitrage obligatoire?

M. Moran: Pas pour négocier avec les médecins. Nous avons eu une forme d'arbitrage, mais pas de type obligatoire; nous disposons des mécanismes nécessaires, mais le modèle choisi n'a pas été celui de l'arbitrage obligatoire.

M. Isaac: Monsieur le président, l'arbitrage obligatoire a été utilisé dans des conflits impliquant la Fonction publique et nous nous trouverons dans une position semblable, même si nous ne sommes pas des fonctionnaires, si la Loi canadienne sur la santé est adoptée. Nous aurons besoin de cette protection.

Le sénateur Phillips: Quelles ont été les augmentations accordées aux médecins de l'Ontario au cours des trois ou quatre dernières années?

M. Moran: Il m'est difficile de répondre sans avoir de documents à ce sujet. Nous avons négocié en 1982, une entente quinquennale qui comportait deux éléments; le premier visait à assurer une augmentation en fonction du coût de la vie et pour ce faire nous avons utilisé les meilleures prévisions disponibles; la seconde visait, si l'on peut s'exprimer ainsi, à redresser les torts et à compenser les manques enregistrés au cours des années précédentes. Le premier élément visait à accroître les honoraires du médecin pour les consultations, de sorte qu'ils reflètent les fluctuations de l'économie. L'autre était une disposition de rattrapage assurant une hausse des prix à un niveau sur lequel s'étaient entendus les médecins et le gouvernement. Je ne peux pas vous donner de chiffres exacts pour ces augmentations, mais je peux facilement les obtenir si vous le désirez.

Le sénateur Phillips: Monsieur le président, j'aimerais bien qu'on me fournisse ces chiffres.

Le président: Pourriez-vous les transmettre au Comité à une date ultérieure?

M. Moran: Certainement; nous pouvons vous donner ceux des cinq, dix, ou même quinze dernières années. C'est assez facile.

Le sénateur Phillips: J'aimerais avoir ces chiffres pour l'accord quinquennal que vous avez conclu avec l'Ontario. Peut-être pourriez-vous également nous dire dans quelle mesure vous avez été touchés par le programme des six et cinq du gouvernement. Je crois qu'il a entraîné une baisse des salaires des médecins.

M. Moran: C'est exact.

Le sénateur Phillips: Vous parlez d'une disposition de rattrapage. Je suppose que les médecins en demanderont une lorsqu'on mettra fin au programme des six et cinq.

M. Moran: Je ne le crois pas parce que, si vous vous en souvenez, la CLI avait décidé que les médecins seraient exclus de tout calcul de rattrapage.

Le président: L'Association médicale de l'Ontario est-elle satisfaite des modifications apportées au paragraphe 12(2)? Les membres sont-ils d'avis que cette version correspond à leurs exigences; préféreraient-ils qu'elle soit annulée?

[Text]

Dr. Isaac: We are pleased to have it as it is because it gives a certain status to that mechanism when it comes to political negotiations within the provinces. We would be even happier if it were stronger.

The Chairman: Some people have told us that because of extra billing and user fees some citizens are not going to be able to obtain treatment or hospitalization because they will not be able to afford the extra charge. Does the Ontario Medical Association feel there would be no difference in the ability of people to receive treatment?

Dr. Isaac: There are no user fees in Ontario as defined by the Canada Health Act. As far as the effects of what user fees there are for ambulances, for example, and for extra billing, which comprises .05 per cent of the health care budget in Ontario, we have never been able to find anyone who has not had access to care because of extra billing fees. There may have been unpleasant relationship and all kinds of things but we have never found a single case where a patient has not had access to care. It is said that sometimes the anticipation of a bill interferes with access but I do not think one can prove that one way or the other.

The Chairman: How many Ontario doctors actually force these patients to pay an extra amount? Is there any record of the doctors taking these patients to court and suing them for the extra amounts?

Dr. Isaac: Fifteen per cent of Ontario physicians have opted out and 9 per cent of the bills going to the provincial plan are above the provincial rate. So it appears that the average opted-out physician charges only one-half of the patients above the provincial rate. This is a substantial exemption rate and I would think that the number of patients who are forced or taken to court because of an extra bill must be very small. One Member of Parliament actually advertised in the newspapers because he was looking for cases of abuse by the medical profession. Obviously, he could not find enough.

Dr. Moran: Mr. Chairman, may I supplement that answer. The Ontario Medical Association runs a public service directed toward identifying people who have problems with medical bills in an attempt to resolve them amicably. Over the past three years we have run approximately 300 calls per month. I can state accurately that over the three years there have not been a half dozen problems having to do with physician fees which the OMA has not been able to resolve amicably. Two or three problems have gone to Small Claims Court. It has been our very strong observation over time that the problems that we cannot resolve are the problems that become highly politicized in the very early phase. If the first inkling a doctor has about a fee is a headline in the *Windsor Star*, then it is very difficult to resolve the matter because it is implied that he has done something unlawful. But barring political chicanery, our ability to solve the problems has been almost spotless.

The Chairman: What do you mean by "our?"

[Traduction]

M. Isaac: Nous sommes satisfaits du libellé de cette disposition du fait qu'il accorde une certaine importance à ce mécanisme pour les négociations politiques avec les provinces. Nous préférierions toute fois que la disposition soit renforcée.

Le président: Certains nous ont dit qu'en raison de la surfacturation et des frais modérateurs, des Canadiens n'auraient pas les moyens d'obtenir des soins ou d'aller à l'hôpital. L'Association médicale de l'Ontario est-elle d'avis que tel serait le cas?

M. Isaac: Si l'on se fie à la définition contenue dans la Loi canadienne sur la santé, il n'existe pas de frais modérateurs en Ontario. Pour ce qui est des répercussions des frais au chapitre des ambulances, par exemple, et de la surfacturation qui représente .05 p. 100 du budget de la santé en Ontario, personne ne nous a jamais dit qu'il n'avait pas pu obtenir de soins en raison de ces coûts additionnels. Il y a peut-être eu de mauvais rapports avec certains médecins ou de choses du genre, mais nous n'avons pas eu connaissance d'un seul incident où un malade n'a pu se faire soigner. On dit qu'il est des malades qui, craignant d'avoir à assumer des dépenses onéreuses, s'abstiennent de consulter un médecin, mais je ne crois pas qu'on puisse le prouver.

Le président: Combien y a-t-il de médecins en Ontario qui pratiquent la surfacturation? Dispose-t-on de dossiers sur les médecins qui s'adressent aux tribunaux pour forcer leurs patients à payer les montants supplémentaires exigés?

M. Isaac: Environ 15 p. 100 des médecins de l'Ontario ont choisi de se désaffilier et 9 p. 100 des factures adressées dans le cadre du régime d'assurance-maladie provincial dépassent le taux prévu par la province. Il semble donc que la moitié des patients qui consultent des médecins désaffiliés doivent payer des taux supérieurs à la moyenne provinciale. Il y a un taux d'exemption relativement élevé et je crois que seul un nombre très limité de patients sont contraints de payer un montant supplémentaire ou d'aller devant les tribunaux à ce sujet. Un député a même fait publier une annonce dans les journaux parce qu'il cherchait des cas d'abus à ce chapitre. Évidemment il n'a pas pu en trouver un nombre suffisant.

M. Moran: Pourrais-je ajouter quelque chose, monsieur le président? L'Association médicale de l'Ontario offre aux gens qui ont des problèmes d'honoraires avec les médecins un service public qui leur permet de résoudre ces questions à l'amiable. Au cours des trois dernières années, nous avons traité environ 300 demandes par mois. Je peux dire avec certitude qu'au cours de cette période, l'Association n'a même pas eu une demi-douzaine d'échecs. Seuls deux ou trois cas ont été soumis à la cour des petites créances. D'ailleurs nous avons constaté avec le temps que les cas insolubles prennent dès le départ une allure de conflit. Si un médecin prend connaissance pour la toute première fois d'un problème d'honoraire qui le concerne en lisant les gros titres du *Windsor Star*, il devient alors très difficile de résoudre la question parce que cette façon de procéder donne à entendre que l'intéressé a agi de façon illégale. Mis à part la différéndes de ce type, notre capacité de régler ces problèmes est pratiquement sans faille.

Le président: Que voulez-vous dire par «notre» capacité?

[Text]

Dr. Moran: The association.

The Chairman: So it is the association, not the medical council?

Dr. Moran: Yes.

The Chairman: But all doctors are not members of the association?

Dr. Moran: We do not restrict our diplomatic efforts to our own members. We pursue the needs of any member of the public no matter who the doctor is.

Senator Tremblay: Subclause 12(2) applies only when there is no extra billing. Do you understand that?

Dr. Moran: I understand.

Senator Marshall: Mr. Chairman, supplementary to your line of questioning, in the province of Newfoundland there is difficulty in finding doctors to go to remote areas. The problem of extra billing and opting out is low on the priority scale. What is the situation in the remote areas of Ontario? On a province-wide basis what are the statistics on those doctors who opt out for extra billing in remote areas as compared to populated areas?

Dr. Moran: We have access to very meticulous statistics on opting out—the numbers of doctors, numbers of occasions and so on. By and large it is confined to the horseshoe around the populated centres. As you move out from the horseshoe, opting out becomes a very unusual event. In the more remote communities it is not a factor at all. You may find that there are exceptions to that. If there is one ophthalmologist north of the Severn River, he might opt out but for a variety of reasons he will have to make his services available at the benefit rate when it is necessary.

Senator Marshall: Do they charge their own fees? Can the province guarantee the doctors a certain amount if they go to isolated areas in order to induce them to go there for a period of time?

Dr. Moran: They have a very efficient program designed to recruit doctors to move into remote areas. It has worked exceedingly well, in part because of the skills of the man running the program for the government. It has been constantly refined and changed to meet the changing needs. There are a couple of new wrinkles being introduced this year.

The Chairman: Of the people who opt out in the horseshoe, as you call it, how many are specialists and how many are general practitioners family physicians and that type? Have all the specialists in the horseshoe opted out?

Dr. Moran: The ratio is about two to one. If there were 15 opted out doctors it would be safe to guess that 10 would be specialists and 5 would be GPs. I think it is important to recognize that because a doctor or group of doctors have opted out there is no adherence to a fee schedule which is above the benefits schedule. Very frequently the doctors charge at the level of the benefit, the OMA Fee Schedule or somewhere in between. There is a lot of flexibility.

[Traduction]

M. Moran: Je parle de celle de l'Association.

Le président: Vous parlez donc de l'Association et non du conseil médical?

M. Moran: C'est cela.

Le président: Mais les médecins ne font pas tous partie de l'Association?

M. Moran: Nous ne limitons pas nos interventions aux affaires de nos seuls membres. Nous servons les intérêts de tous, quel que soit le médecin en cause.

Le sénateur Tremblay: Le paragraphe 12(2) ne s'applique qu'en l'absence de surfacturation. Le savez-vous?

M. Moran: Je le sais.

Le sénateur Marshall: Monsieur le président, pour poursuivre dans la même veine, il faut dire qu'à Terre-Neuve il est difficile de trouver des médecins qui consentent à s'installer dans les régions éloignées. Les problèmes de surfacturation et de désaffiliation ne revêtent là que peu d'importance. Qu'en est-il dans les régions éloignées de l'Ontario? A l'échelle de la province, quelles sont les données statistiques sur les médecins des régions éloignées qui se désaffilient et recourent à la surfacturation, comparativement à ceux des régions fortement peuplées?

M. Moran: Nous possédons des données statistiques très précises sur la désaffiliation, notamment le nombre de médecins visés, le nombre de cas et ainsi de suite. Or, dans l'ensemble, la désaffiliation se limite à la zone qui ceinture les grands centres. A mesure qu'on s'en éloigne, la désaffiliation devient un fait de plus en plus rare. Dans les communautés plus éloignées, elle n'existe pas du tout. On peut évidemment trouver quelques exceptions. S'il n'y a au Nord de Severn River qu'un seul ophtalmologiste, il peut se désaffilier, mais, pour diverses raisons, il devra au besoin offrir ses services aux taux assurés.

Le sénateur Marshall: Les médecins fixent-ils leurs propres honoraires? Afin d'inciter les médecins à s'installer pendant un certain temps dans une région isolée, la province peut-elle leur garantir un certain revenu?

M. Moran: On dispose d'un très bon programme de recrutement de médecins pour les régions isolées. Il a fort bien fonctionné, en raison surtout des compétences de l'homme qui dirige le programme pour le gouvernement. On a constamment perfectionné et modifié le programme pour répondre aux besoins changeants. Cette année, on y apportera encore quelques changements.

Le président: Parmi les médecins des zones peuplées qui se désaffilient, combien y a-t-il de spécialistes et généralistes, de médecins de famille? Est-ce que tous les spécialistes de ces zones se sont désaffiliés?

M. Moran: Le rapport est d'environ deux contre un. C'est-à-dire que si 15 médecins se sont désaffiliés, on peut affirmer sans risque d'erreur qu'il y aurait 10 spécialistes et 5 généralistes. Je pense qu'il est important de se rendre compte que ce n'est pas parce qu'un médecin ou un groupe de médecins se désaffilie, qu'on s'en tient automatiquement à une liste d'honoraires supérieurs aux honoraires assurés. Très souvent, les médecins demandent la somme assurée, les honoraires fixés

[Text]

The Chairman: Thank you Dr. Isaac and Dr. Moran for your information and for appearing here today.

We now have the British Columbia Medical Association represented by Dr. Duncan McPherson, President, and Dr. Norman Rigby, Executive Director. Dr. McPherson?

Dr. D. McPherson, President, British Columbia Medical Association: Members of the committee, I would like to read a written submission which will explain some of our immediate concerns which we think should be brought to your attention.

British Columbia entered medicare in 1968. Previous to that time there were a dozen or more plans of prepaid medical insurance operating in British Columbia. There was competition between the plans so that premiums and benefits remained at an optimum level. The socially disadvantaged and old-aged pensioners were covered under a system known as the Social Assistance Medical Service, SAMS, funded by a block payment and the number of services were paid on a proration of the amount of money available. This resulted in the payment to physicians of a varying sum of money between 20 per cent and 30 per cent of the normal fee schedule. Physicians accepted this responsibility as being part of our duty to society, although in some minds there was the feeling that this was an act of charity in an era when charity had become a four letter word. At that time, for various reasons, approximately 12 per cent to 14 per cent of people were not covered by a prepaid medical insurance plan. These included the uninsurable who, by reason of physical defect, deformity or chronic condition, could not satisfy the requirements of insurance companies and also those who were indigent or transient in the province.

When medicare started, the government of British Columbia and the British Columbia Medical Association had almost reached an agreement to cover these people under a similar arrangement previously referred to as the SAMS Sytem. After the introduction of medicare in British Columbia in 1968, the only outside carrier or insurance agency left, apart from the government, was the Medical Services Association of British Columbia. This association was a major carrier for medicare, or medical care insurance, dental care and extended health benefits in the province and its assimilation through combined efforts of profession, MSA and government, was achieved in 1975. One of the most important aspects of the Medical Services Association, as well as all other carriers, was a profound commitment on the part of the carriers, the public that they represented, and the medical profession, to produce a successful system. In all these systems of insurance, physicians were well represented and carried an equal responsibility for the setting of rates and the administration of the plan. The plans were based on an honour system and the principles of deductibles, user charges and premiums were firmly entrenched. It is, of course, of significance that 60 per cent of premiums at that

[Traduction]

par l'Association médicale de l'Ontario ou des honoraires qui se situent entre les deux. La souplesse est très grande.

Le président: Je vous remercie, messieurs Isaac et Moran, des renseignements que vous nous avez fournis, ainsi que d'avoir comparu aujourd'hui.

Nous accueillons maintenant deux représentants de l'Association médicale de la Colombie-Britannique, MM. Duncan McPherson, président, et Norman Rigby, président-directeur général. Vous avez la parole, monsieur McPherson.

M. D. McPherson, président, Association médicale de la Colombie-Britannique: Monsieur le président, honorables sénateurs, j'aimerais vous lire un mémoire qui explique certaines de nos grandes préoccupations qui, à notre avis, doivent vous être exposées.

La Colombie-Britannique a souscrit à l'assurance-maladie en 1968. Avant, la province comptait au moins une douzaine de régimes d'assurance-maladie. Comme ces régimes se livraient concurrence, les cotisations et les prestations se maintenaient à un niveau optimal. Les assistés sociaux et les pensionnés démunis étaient assurés par un régime qu'on appelait le Social Assistance Medical Service. Le SAMS fonctionnait grâce à un mode de financement global, le nombre des services payés étant proportionnel aux fonds disponibles. Ce qui fait que les médecins recevaient des honoraires de 20 à 30 p. 100 inférieurs aux honoraires normalement versés. Les médecins acceptaient cette responsabilité comme faisant partie de leur devoir envers la société, bien que selon certains, cet acte de charité n'avait plus raison d'être à une époque où la charité avait perdu toute signification. A ce moment, pour diverses raisons, de 12 à 14 p. 100 des citoyens ne bénéficiaient pas de la protection d'un régime d'assurance-maladie. Ce pourcentage incluait les personnes non assurables qui, en raison d'un défaut physique, d'une difformité ou d'une maladie chronique, ne pouvaient satisfaire aux exigences des compagnies d'assurance, de même que les pauvres et les personnes de passage dans la province.

A la création d'un régime d'assurance-maladie, le gouvernement de Colombie-Britannique et l'Association médicale de la Colombie-Britannique en étaient presque arrivés à conclure une entente semblable à l'ancien système SAMS et qui visait à protéger ces personnes. Après l'introduction de l'assurance-maladie en Colombie-Britannique, en 1968, la seule compagnie d'assurance-maladie restante, en dehors du gouvernement, était l'Association des services médicaux de Colombie-Britannique. Cette association offrait diverses assurances-maladie, assurances pour les frais médicaux et assurances dentaires ainsi que des prestations de services complémentaires de santé dans la province. Son assimilation s'est faite en 1975 grâce aux efforts combinés des membres de la profession, de l'Association des services médicaux et du gouvernement. L'un des aspects les plus importants de l'Association des services médicaux, ainsi que d'autres assureurs, est l'engagement sincère des assureurs, du public qu'ils représentaient, et de la profession médicale, à assurer un système efficace. Dans tous ces régimes d'assurance, les médecins étaient bien représentés et assumaient une part égale de responsabilité pour la fixation des honoraires et la gestion du régime. Les régimes fonctionnaient

[Text]

time were paid by a third party, such as employers, and this has persisted to the present time where 68 per cent of premiums for medicare in our province is paid by employers and other agencies. The competition between the plans, the involvement of the medical profession in them and the concept of insurance produced a very cost-effective, efficient and low-overhead system. After the advent of medicare in 1968 in British Columbia, some characteristics of the system were introduced to continue the most desirable attributes of that system:

1. There was physician participation in the administration and responsibility for the plan.
2. Physicians were deeply involved in the monitoring of the plan.
3. User fees, premiums and charges were designed to bear a direct relationship to the cost of the services. There was an inherent discipline in this principle.

To structure medicare in British Columbia the physicians in the province then entered into an agreement with the provincial government which provided for the following:

1. There should be a medical service commission which related exactly to the function of an insurer as previously found under the Medical Services Association and other insurers.
2. The commission would be headed by a chairman and two members, one of whom would be a physician, to make sure that there should be a continuing input by the medical profession into the policies and running of the plan.
3. Regular meetings were instituted between the Medical Services Commission and the physicians in the province and a series of conjoint Medical Services Commission and profession advisory committees, accreditation committees and licensing bodies were set up to ensure continuity, efficient use of resources and ongoing audit.
4. A Patterns of Practice Committee was set up to monitor physician profiles to ensure that public money was being carefully spent. This system closely paralleled those mechanisms existing before medicare.
5. The agreement provided that physicians would be paid an annual increase of the average between the rise in wages and the rise in prices expressed as a percentage.

There was a clause in the agreement that, in the event of a dispute, and where the Commission's schedule of benefits was less than 90 per cent of the schedule of fees of the British Columbia Medical Association, balance billing of the difference of 10 per cent, or whatever it may be, would be permitted in the province of British Columbia.

In fact, this mechanism was never invoked in our province, but it provided a perfect discipline on both the physician and the government. On the one hand, the government was

[Traduction]

selon un système d'honneur, et les principes de déduction, de frais modérateurs et de primes étaient bien respectés. Il est intéressant de constater qu'à l'époque, 60 p. 100 des cotisations étaient versées par une tierce partie, comme les employeurs, et cette pratique s'est maintenue jusqu'à maintenant où 68 p. 100 des cotisations au régime d'assurance-maladie de notre province sont versées par les employeurs et d'autres organismes. La concurrence que se livrent les régimes, la participation de la profession médicale à ces régimes et le concept du régime d'assurance ont donné lieu à un système efficace, rentable et aux frais généraux raisonnables. Après l'introduction du régime d'assurance-maladie en Colombie-Britannique, en 1968, certains éléments ont été adoptés afin de maintenir les aspects les plus souhaitables du régime précédent, à savoir:

1. la participation des médecins à l'administration et à la responsabilité du régime;
2. la participation véritable des médecins à la surveillance du régime;
3. l'établissement de frais modérateurs, de cotisations et de droits en rapport direct avec les coûts du service. Ce principe supposait une discipline inhérente.

Pour structurer le régime d'assurance-maladie en Colombie-Britannique, les médecins de la province ont conclu avec le gouvernement provincial une entente qui prévoyait:

1. La création d'une commission des services médicaux qui aurait précisément le rôle d'assurer que jouaient précédemment l'Association des services médicaux et d'autres assureurs.
2. La commission serait dirigée par un président et deux membres, dont l'un serait médecin, afin d'assurer la participation constante de la profession médicale à l'orientation et à la gestion du régime.
3. La tenue de réunions régulières de la Commission des services médicaux et des médecins de la province, ainsi que la mise sur pied d'une Commission conjointe des services médicaux et de comités consultatifs professionnels de comités d'accréditation et d'organismes d'autorisation afin d'assurer la continuité, l'utilisation efficace et la vérification constante des ressources.
4. Un Comité des modèles de pratique a été créé et chargé d'examiner les profils professionnels des médecins afin de s'assurer que les deniers publics étaient bien utilisés. Ce système ressemblait de très près aux mécanismes antérieurs à l'assurance-maladie.
5. L'entente prévoyait que les médecins bénéficieraient d'une augmentation annuelle correspondant, en pourcentage, à la moyenne de l'augmentation des salaires et des prix.

L'entente contenait une disposition selon laquelle, en cas de différend, et au cas où le barème des honoraires de la Commission se situerait en-deça des 90 p. 100 du barème des honoraires de l'Association médicale de Colombie-Britannique, il serait permis, en Colombie-Britannique, d'exiger la différence de 10 p. 100, ou toute autre différence éventuelle.

En réalité, ce mécanisme n'a jamais servi dans notre province, mais il assurait une discipline parfaite tant chez les

[Text]

encouraged not to offer too little, on the other hand the profession was encouraged not to ask too much and the system worked extremely well. The medical profession, not having the normal options of civil servants or members of the labour force, has this mechanism to protect it from the demands of the provincial government. As fees in British Columbia form the subject of an ongoing review between the provincial government Medical Services Commission and the medical profession, there was a mechanism set up to make sure that fees did not become too high or unnatural. Every new fee since medicare has been subject to this combined review. The old fees were also the subject of critical review.

It is interesting to observe how the original agreement and partnership that was instituted in 1968 has been changed and, to some extent, destroyed by the actions of the provincial government.

1. The Commission has been replaced by a single civil servant who reports to an Associate Deputy Minister of the Minister of Health, and the Commission no longer acts as a semi-autonomous body.

2. The original formula for granting fee increases, relating to prices and wages, was abrogated by government after two years.

3. The function of the Patterns of Practice Committee was gradually eroded over the next several years by government's failure to produce adequate data. It is fortunate that this appears to be improving, chiefly because the government perceives that they are spending too much money and need review.

4. There has been a steadily declining dialogue between the profession and government on the function and ongoing audit of medicare in the province of British Columbia, and, at the same time, services have been gradually extended over the years without due regard to cost.

5. Premiums, user charges, or any of the other sound actuarial insurance principles, have gradually been abandoned. Premiums no longer relate in a meaningful way to the cost of the service, neither do user charges as such exist except as a nuisance value.

Of particular concern to the medical profession has been the change in the mechanism for fee negotiations. Up to four years ago, the system of negotiation with the balance billing clause in place had been successful. In 1980-81, in a time of double-digit inflation and a clearly demonstrable falling behind of the profession in British Columbia over several years, a significant fee increase was generated by negotiation, which was spread over a two-year period. This negotiation achieved two objectives. For those two years it granted some equivalent to that of inflation and also did something to remedy the falling behind that had taken place since the fee increase mechanism had been taken away by government in 1970.

[Traduction]

médecins que sur le plan gouvernemental. D'une part, le gouvernement était incité à ne pas offrir trop peu et, d'autre part les médecins étaient invités à ne pas demander trop; le système fonctionnait à merveille. N'ayant pas les possibilités normalement offertes aux fonctionnaires et aux autres travailleurs, le corps médical dispose de ce mécanisme qui le protège des exigences du gouvernement provincial. Comme en Colombie-Britannique les honoraires font l'objet d'un examen constant de la Commission des services médicaux du gouvernement provincial et de la profession médicale, il existait un mécanisme qui permettait de s'assurer que les honoraires n'étaient ni trop élevés ni inadmissibles. Depuis la création de l'assurance-maladie, tout nouvel élément du barème des honoraires a fait l'objet d'un tel examen conjoint. Les honoraires précédemment établis ont aussi fait l'objet d'un examen critique.

Il est intéressant de noter comment l'entente initiale et l'association qui date de 1968 ont été modifiées et, dans une certaine mesure, détruites par les mesures prises par le gouvernement provincial.

1. La Commission a été remplacée par un seul fonctionnaire qui fait rapport à un sous-ministre adjoint du ministère de la Santé, et la Commission n'agit plus en tant qu'organisme semi-autonome.

2. La formule initiale d'autorisation des augmentations d'honoraires, qui tenait compte des prix et des salaires, a été abrogée par le gouvernement au bout de deux ans.

3. Avec le temps le rôle du Comité des modèles de pratiques s'est graduellement atténué en raison du manquement du gouvernement à fournir des données appropriées. Il est malheureux qu'on ne perçoive une amélioration que parce que le gouvernement sent qu'il dépense trop d'argent et qu'il faut procéder à un examen.

4. Il y a eu une détérioration constante du dialogue entre les membres de la profession et le gouvernement sur la fonction et l'examen courant de l'assurance-maladie en Colombie-Britannique. Parallèlement, les services ont été graduellement élargis d'année en année sans qu'on tienne véritablement compte des coûts.

5. Les cotisations, les frais modérateurs et tout autre bon principe actuariel applicable en matière d'assurance ont été progressivement abandonnés. Les cotisations n'ont plus qu'un lointain rapport avec le coût des services, et les frais modérateurs n'ont pas de valeur propre si ce n'est que de servir d'embûche.

La modification du mécanisme de négociation des honoraires inquiète particulièrement les médecins. Il y a quatre ans encore, le système de négociation assortie de la disposition de surfacturation fonctionnait bien. En 1980-1981, quand le taux d'inflation dépassait les 10 p. 100 et que la profession accusait un net recul depuis plusieurs années, une augmentation appréciable des honoraires a été obtenue par voie de négociations dont les effets s'étendaient sur une période de deux ans. Ces négociations ont permis d'atteindre deux objectifs. En effet, on a obtenu pour une période de deux ans, une augmentation équivalente au taux de l'inflation, et on a ainsi pu corriger le recul qui datait de la suppression par le gouvernement, en 1970, du mécanisme d'augmentation des honoraires.

[Text]

Immediately following this negotiation, the government passed Bill 16 of British Columbia, which made balance billing unlawful and punishable. This will was passed not because there had ever been any balance billing in British Columbia, but to weaken the bargaining position of the medical profession in British Columbia.

There is a list of the fee increases which occurred over the years from 1982-83 up until the present time. Bill 16 was passed in 1981, but the agreement ran for two years. In May of 1982, we were confronted with a request from government for a reduction of the fee schedule to the extent of \$76 million. Final resolution of the problem was a give-back of 7 p. cent from the profession to our government over a seven-month period, which generated in the neighbourhood of \$30 million.

During the course of this so-called "negotiation" which in fact was the abrogation of a written contract, government very clearly indicated that it no longer felt constrained to negotiate with the medical profession and that Bill 16 guaranteed the subservience of the medical profession to their will.

The next year, 1983-84, was a year of significant inflation and rising costs in British Columbia. The fee increase granted was zero and eventually, after meeting with the Premier, an increase of 4.2 per cent was generated, which was applied differentially to those people who were suffering very high increases in overhead costs. There was no net increase for physicians last year.

It has been clearly indicated to us that for this current year, 1984, and for next year, there will be no fee increases and that it is the government's intention to set a global budget for the coming year, which will be \$25 million less than this year's budget.

Since 1982, negotiations have ceased to take any meaningful form and have been replaced by government decrees and the threat of legislation if that becomes necessary.

It has been necessary for us to go over this historical perspective so that you may understand our current attitude to the new Canada Health Act. It is no secret that we oppose passage of this bill. In this we support the Canadian Medical Association. You will be familiar with the grounds on which we oppose the bill and our reasons for it. It is not necessary for us to repeat those objections at this time, not yet again to draw your attention to the consequences of the passage of this bill on the health care of Canadians as we see it.

After our audience with the parliamentary committee on health care, it became obvious to the Canadian Medical Association and to the British Columbia Medical Association that, notwithstanding our briefs and objections, the Canada Health Act would in fact be passed. It then became necessary for us to seek amendments to the bill that would protect the medical profession in Canada from being at the mercy of provincial governments.

[Traduction]

Immédiatement après ces négociations, le gouvernement de la Colombie-Britannique a adopté le projet de loi 16 qui rendait illégale la surfacturation et imposait des sanctions aux contrevenants. Ce projet de loi a été adopté non pas parce qu'il y avait effectivement eu surfacturation en Colombie-Britannique, mais plutôt dans le but d'affaiblir la position de négociation des membres de la profession médicale de Colombie-Britannique.

Il existe une liste des augmentations d'honoraires qui ont été permises depuis 1982-1983. Le projet de loi 16 a été adopté en 1981, mais l'entente avait effet pendant deux ans. En mai 1982, nous avons fait face à une demande du gouvernement qui visait à réduire le barème des honoraires de 76 millions de dollars. En dernier recours, la solution qui a été trouvée consistait pour la profession à rembourser au gouvernement soit un remboursement de 7 p. 100, une somme d'environ 30 millions de dollars.

Pendant cette période de présumées négociations, qui consistaient plutôt en la dénonciation d'un contrat conclu en bonne et due forme, le gouvernement a très clairement fait savoir qu'il ne se sentait plus du tout tenu de négocier avec les membres de la profession médicale et que le projet de loi 16 garantissait l'asservissement du corps médical à sa volonté.

L'année suivante, en 1983-1984, le taux d'inflation a été très élevé en Colombie-Britannique et les coûts ont augmenté. Aucune hausse des honoraires n'a été accordée et, après une rencontre avec le Premier ministre, une majoration de 4,2 p. 100 a été accordée à ceux qui avaient subi de très fortes hausses de leurs frais généraux. L'année suivante, il n'y a eu aucune augmentation pour les médecins.

On nous a fait très clairement savoir que pour l'année en cours, 1984, et l'année prochaine, les honoraires ne seraient pas majorés et que le gouvernement avait l'intention d'établir pour l'année qui vient un budget global qui sera de 25 millions inférieur à celui de cette année.

Depuis 1982, les négociations ont perdu toute signification et ont fait place à des décrets gouvernementaux, sans compter la menace d'un texte législatif éventuel.

Nous avons présenté cet historique afin que vous puissiez comprendre notre position face à la nouvelle Loi canadienne sur la santé. Nous ne faisons pas de mystère de notre opposition à son adoption. A cet égard, comme nous appuyons l'Association médicale canadienne, vous devez connaître les raisons pour lesquelles nous nous opposons au projet de loi. Il n'est donc pas nécessaire que nous vous les rappelions maintenant, mais nous attirons néanmoins votre attention sur les répercussions qu'aurait l'adoption de ce projet de loi sur les soins de santé offerts aux Canadiens.

Après notre rencontre avec le Comité parlementaire sur les soins de santé, il est apparu clairement à l'Association médicale canadienne ainsi qu'à l'Association médicale de la Colombie-Britannique que, malgré nos mémoires et nos modes d'opposition, la Loi canadienne sur la santé serait adoptée. Nous avons alors dû formuler des modifications au projet de loi qui évitent à la profession médicale canadienne de tomber sous le joug des gouvernements provinciaux.

[Text]

I am sure you will understand that it is an anathema to us to act in the normal way that trade unions operate in terms of the withdrawal of services or the use of a strike weapon.

This being the case, the only protection that can be afforded the medical profession in Canada, in the absence of balance billing, is a clause in the bill which would allow, on an annual basis, for the option of the medical profession obtaining negotiation, mediation or binding arbitration.

Such an amendment has been made and has been passed in the House of Commons. The reason for our presence today is that we are led to believe that the provincial Ministers of Health will appear before this committee with the intention of removing that clause or so weakening it that it no longer provides the protection needed, or, on the other hand, have asked that in the proclamation of the bill after royal assent, this clause not be proclaimed.

With the passage of the Canada Health Act a certainty, if the government perceive their duty as banning balance billing, user charges and premiums, the government must also extend its protection to the physicians who provide health care services for Canadians.

It is therefore our submission and recommendation to you that the clauses within the Canada Health Act relating to adequate compensation should be left in their present form, and not amended, removed or proclaimed.

Preferably, Bill C-3, the Canada Health Act, should be strengthened as recommended by Dr. R. Saxon of the Nova Scotia Medical Society, in that clause 12(2), lines 13 to 15, be amended to read:

12(1)c) shall be complied with by the province entering into an agreement with the medical practitioners and dentists of the province that provides;

Essentially insuring that it is a mandatory provision. Thank you, Mr. Chairman.

The Chairman: Do you have a copy of the Nova Scotia Medical Society's brief?

Dr. McPherson: Yes.

The Chairman: Are there any questions?

Senator Phillips: Mr. Chairman, on page 8, the third paragraph, the society says that the Canada Health Act should not be amended. It goes on to support the Nova Scotia amendment. Am I interpreting that correctly? Is there any divergence of opinion there?

Dr. McPherson: I think the English suffers, but the intention is that the clause relating to the option for negotiation or arbitration should remain and, if anything, be strengthened by the Nova Scotia suggestion.

Senator Phillips: You mentioned "option for negotiation". You do not mention binding arbitration.

Dr. McPherson: One or the other.

Senator Phillips: I notice in your brief, at the bottom of page 7, you say:

[Traduction]

Vous comprendrez certainement qu'il n'est pas question pour nous de recourir aux moyens qu'utilisent normalement les syndicats, à savoir le retrait des services ou le recours à l'arme de la grève.

Cela dit, en l'absence de surfacturation, la seule protection dont peut user la profession médicale au Canada est la disposition du projet de loi qui, sur une base annuelle, permettrait aux médecins de recourir à la négociation, à la médiation ou à l'arbitrage exécutoire.

Cette modification a été proposée et adoptée à la Chambre des communes. Or, nous sommes ici aujourd'hui, d'une part, parce que nous croyons que les ministres provinciaux de la Santé comparaitront devant le Comité dans le but de faire supprimer cette disposition ou de l'affaiblir au point qu'elle ne nous offre plus la protection nécessaire, et d'autre part, parce que nous croyons qu'ils auront demandé que lors de la proclamation de la Loi, après la sanction royale, cette disposition soit exclue.

L'adoption de la Loi canadienne sur la santé étant une certitude, si le gouvernement croit de son devoir d'interdire la surfacturation, les frais modérateurs et les cotisations, il doit aussi étendre sa protection aux médecins qui fournissent des services de santé aux Canadiens.

Nous demandons et recommandons que les dispositions de la Loi canadienne sur la santé qui ont trait à la rémunération appropriée conservent leur forme actuelle, qu'elles ne soient pas modifiées, supprimées ni exclues lors de la proclamation.

Mieux encore, le projet de loi C-3, la Loi canadienne sur la santé, devrait être renforcé comme le recommande le Dr R. Saxon de la *Nova Scotia Medical Society*, et les lignes 9 à 12 du paragraphe 12(2) devraient en être ainsi modifiées:

12(1)c) si la province conclut un accord avec ses médecins et dentistes prévoyant:

Cette disposition deviendrait aussi obligatoire. Je vous remercie, monsieur le président.

Le président: Avez-vous un exemplaire du mémoire de la *Nova Scotia Medical Society*?

M. McPherson: Oui.

Le président: Avez-vous des questions?

Le sénateur Phillips: Monsieur le président, à la page 8, troisième paragraphe, la Société dit que la *Loi canadienne sur la santé* ne devrait pas être modifiée et, plus loin, elle appuie la modification proposée par la province. Est-ce que je me trompe ou n'y a-t-il pas là divergence d'opinion?

M. McPherson: Je crois que la formulation est ambiguë, mais l'objectif consiste à maintenir la disposition relative au choix entre la conciliation et l'arbitrage, et à la renforcer ainsi que l'a proposé la Nouvelle-Écosse.

Le sénateur Phillips: Vous mentionnez la conciliation mais pas l'arbitrage obligatoire.

M. McPherson: Il nous faudrait avoir recours à l'un ou à l'autre.

Le sénateur Phillips: J'ai remarqué qu'à la page 7 de votre mémoire vous dites:

[Text]

In the absence of balance billing, is a clause in the bill which would allow, on an annual basis,

That is a new aspect. I do not believe we have heard that before, and I do not believe that the bill provides for it.

Dr. McPherson: I do not believe the bill specifies on an annual basis, but negotiations tend to be on an annual basis because of the very significant changes in medicare and medical care generally.

Senator Phillips: But our last witnesses, the Ontario Medical Association, said they have signed a five-year agreement. They also said they were the largest organization and the largest group of physicians other than the CMA. So I fail to see how you can tell us that the negotiations tend to be on an annual basis—certainly not across Canada.

Dr. Norman Rigby, Executive Director, British Columbia Medical Association: The signing of that five-year agreement was very unusual. I am sure the senator would find that most agreements are concluded on an annual basis. That has been my experience over the past 20 years in British Columbia. On rare occasions we have concluded a two-year agreement. I am not a lawyer, but although it might be perceived as an annual basis for conducting negotiations, I would presume it would be permissive to the extent that if any province or provincial government desired to make a longer agreement, it would be possible to do so.

Senator Phillips: The brief also refers to the fact that the British Columbia government has recovered, or was attempting to recover, \$30 million in physician fees. Can you tell us a little more of the background? I have a vague knowledge of the situation from newspaper accounts, but perhaps you could tell the committee how the negotiations proceeded.

Dr. McPherson: In the second year of a two-year agreement, there was a fee increase of 14 per cent, which had been agreed upon and which would have come into effect on April 1. In the early summer of that year we were presented with what was essentially a demand to reduce that by approximately 7 per cent. With the clearly implied threat of legislation, the demand was couched in such a way as to say that the government would be unable to carry on essential medical services if that were not done. It was our decision to take them at their word, that if they were really unable to carry on essential medical services, by virtue of that shortfall, then the medical profession elected to give them the money as a gift—which clearly had the result that it would be relatively difficult to legislate it. But it was a costly event and I do not think it made either side very happy.

Senator Phillips: I would like to relate the explanation given by the witness to clause 12(2)(c) which refers to the fact that the legislature may alter the binding arbitration. Do you feel that on the recovery you received any protection or consideration from the Legislature of British Columbia?

[Traduction]

En l'absence d'une surfacturation, le projet de loi prévoit sur une base annuelle, . . .

Il s'agit d'un nouvel aspect. Je ne pense pas que nous en ayons entendu parler avant et je ne crois pas que le projet de loi contienne de dispositions à cet effet.

M. McPherson: Je ne pense pas que le projet de loi précise que ce soit fait sur une base annuelle, mais les négociations ont habituellement lieu tous les ans en raison des très importantes modifications qui sont apportées aux soins de santé et aux soins médicaux en général.

Le sénateur Phillips: Je vous ferai remarquer que notre dernier témoin, l'Association médicale de l'Ontario, a dit avoir signé une entente pour cinq ans. Elle a également déclaré être la plus grande organisation et le plus important groupe de médecins après l'Association médicale canadienne. Je ne vois donc pas comment les négociations peuvent avoir lieu sur une base annuelle, certainement pas partout au Canada.

M. Norman Rigby, directeur général, Association médicale de la Colombie-Britannique: La ratification de cette entente de cinq ans était un cas particulier. Je suis certain que le sénateur se rendra compte que la plupart des ententes sont conclues sur une base annuelle. C'est ce que mon expérience au cours des 20 dernières années en Colombie-Britannique m'a appris. En de rares occasions, nous avons effectivement conclu des ententes pour deux ans. Je ne suis pas un avocat mais, quoique les négociations aient lieu sur une base annuelle la plupart du temps, je suppose que la province ou le gouvernement provincial qui désirerait conclure une entente portant sur une période plus longue pourrait le faire.

Le sénateur Phillips: Le mémoire rapporte également le fait que le gouvernement de la Colombie-Britannique a recouvré, ou tente de recouvrer, 30 millions de dollars en honoraires de médecins. Pouvez-vous donner quelques précisions à ce sujet? Je me suis vaguement renseigné sur la situation à la lecture des journaux, mais vous pourriez peut-être dire au Comité comment se sont déroulées les négociations.

M. McPherson: Au cours de la seconde année d'une entente de deux ans, les honoraires ont été accrus de 14 p. 100, comme convenu, augmentation que devait entrer en vigueur le 1^{er} avril. Au début de l'été de cette même année, on nous a soumis une requête visant essentiellement à réduire les honoraires d'environ 7 p. 100. Vu la menace d'une loi éventuelle, la demande était formulée de façon à laisser entendre que le gouvernement serait incapable de fournir les services de santé essentiels sans cette réduction. Nous avons décidé de le prendre au mot; s'il était réellement incapable de fournir les services de santé essentiels, à cause de cette insuffisance de fonds, la profession médicale lui ferait don de l'argent; aussi le gouvernement aurait-il eu grand'peine à légiférer. Mais cela a été coûteux et je doute qu'aucune des parties ait été satisfaite.

Le sénateur Phillips: J'aimerais revenir à l'explication qu'a donnée le témoin de l'alinéa 12(2)(c) selon lequel la province peut modifier une décision par arbitrage obligatoire. Croyez-vous que, sur le plan du recouvrement, vous ayez reçu la protection du Parlement de la Colombie-Britannique ou que la question ait même été étudiée par celui-ci?

[Text]

Dr. McPherson: Following that give-back, do you mean?

Senator Phillips: Yes.

Dr. McPherson: I do not think it made any difference. There is a different that we have become very conscious of in our province, having faced another bill called Bill 24, an alteration of the Medical Services Act in the past year. It had incorporated into it the ability for the government, through order in council, to do practically anything to the medical care insurance system or to the physicians or other health workers who worked under it. It did not pass; it was withdrawn. Actually it stopped at the end of the session.

I do not really mind, as a citizen, changes in the law or in acts that that are made in the legislature, where they are exposed to open debate. If the Government of British Columbia wishes to overturn an arbitration decision by an independent panel that comes to a decision, I think it might find that difficult to do. If it did it and if it was clearly self-serving to the government, and was not in the public interest, then there are other clauses in Bill C-3—for instance, the one above—which must provide reasonable compensation; and if compensation became unreasonable, I think we would ask for another authority to look at it. I do not mind the fact that legislatures make decisions. I mind the fact that sometimes cabinet decisions can be made by order in council without any opportunity for public discussion.

Senator Phillips: I often object to that also at the federal level.

I have one further question and that refers to a matter brought before us by the Residents and Interns. That concerns a billing number in British Columbia. Do you feel that this act will in any way make billing numbers available to everyone in British Columbia?

Dr. Rigby: Mr. Chairman, I am not a lawyer and would not like to pass an opinion. However, it would appear to us that the act could provide that a person could practise under medicare throughout this country.

We, in British Columbia, are in a difficult position insofar as the government, without any legislative authority, have placed trammels on the issuing of billing numbers to practitioners in our province. We are on record as opposing the rationing of billing numbers. It is our policy that such matters should be decided on at a local level by the community concerned and that, on a national and provincial level, we should address the problems of the medical manpower in the Canadian perspective in terms of medical school places and the availability of training programs and residency training programs throughout our country.

The Chairman: In 1982-83, you received a 14 per cent increase in pay. In May of that year, you gave back \$30 million, negotiated as a gift. Now when you gave back the \$30 million, did that mean that the 14 per cent increase was pared down?

[Traduction]

M. McPherson: A la suite du remboursement, vous voulez dire?

Le sénateur Phillips: Oui.

M. McPherson: Je ne pense pas que cela ait changé grand-chose. Il est une différence toutefois dont nous sommes devenus très conscients dans la province, après avoir dû faire face au cours de la dernière année à un autre projet de loi, le projet de loi 24, modifiant la *Medical Services Act*. En vertu de ce projet de loi, le gouvernement peut, par décret, agir comme bon lui semble à l'égard du système d'assurance-maladie, des médecins ou des autres travailleurs de la santé qui sont visés. Ce projet de loi n'a pas été adopté, il a été retiré. En réalité, la fin de la session a mis fin aux discussions.

En tant que citoyen, je ne m'oppose pas à l'adoption de modifications législatives ni à l'élaboration de lois par le Parlement, dans la mesure où elles font l'objet de débats publics. Si le gouvernement de la Colombie-Britannique veut annuler une décision par arbitrage qu'a prise un groupe indépendant, je crois qu'il aura de la difficulté à le faire. S'il y réussit et qu'il serve ses propres intérêts, et non ceux du public, d'autres dispositions du projet de loi C-3, par exemple celle dont nous venons de parler, devront prévoir une rémunération raisonnable; si la rémunération n'était pas raisonnable, je crois que nous demanderions à une autre autorité d'étudier la question. Je ne m'oppose pas à ce que les parlements prennent des décisions. Je m'oppose à ce que le Cabinet prenne parfois, des décisions par décret, sans consulter la population.

Le sénateur Phillips: Je m'oppose souvent à cet état de faits au niveau fédéral.

Je voudrais poser une autre question sur un point qu'ont soulevé les médecins résidents et les internes. Il s'agit des numéros de facturation en Colombie-Britannique. Croyez-vous que le projet de loi permettra à quiconque en Colombie-Britannique d'obtenir les numéros de facturation?

M. Rigby: Monsieur le président, je ne suis pas avocat et ne tiens pas à donner une opinion. Toutefois, il nous semble que le projet de loi pourrait permettre aux médecins de participer au régime d'assurance-maladie d'un bout à l'autre du pays.

En Colombie-Britannique, nous nous trouvons dans une situation délicate, en ce sens que le gouvernement, sans aucune loi habilitante, a créé des entraves pour l'émission de numéros de facturation aux médecins de la province. Il est connu que nous nous opposons au rationnement des numéros de facturation. Nous sommes d'avis que ces questions doivent être tranchées au niveau local par la collectivité intéressée et que, à l'échelle nationale et provinciale, les problèmes de la communauté médicale, en ce qui concerne le contingentement des places dans les facultés de médecine, les programmes de formation et les programmes de formation des résidents d'un bout à l'autre du pays, doivent être examinés dans un contexte canadien.

Le président: En 1982-1983, vous avez obtenu une augmentation de rémunération de 14 p. 100. Au mois de mai de cette même année, vous avez rendu la somme de 30 millions, à titre de don. Le don de cette somme a-t-il eu pour effet de réduire l'augmentation de 14 p. 100?

[Text]

Dr. McPherson: Essentially what it did was it dropped the 14 per cent down to 10.1 per cent, approximately.

The Chairman: So really, then, you gave them not only a \$30 million gift, you cut four per cent off the increase which should have been there, plus you then put your 4.2 per cent on top of that for the next year 1983-84?

Dr. McPherson: I think I understand your question. The base for negotiations remained the same but we essentially gave them the amount that would have resulted in an increase in that year of only 10.1 per cent approximately.

The Chairman: So actually what you did was you, in fact, did not give them a gift of \$30 million; you said to them that instead of taking a 14 per cent raise, you would take a 10 per cent raise?

Dr. McPherson: It is equivalent, yes.

The Chairman: Surely it is a different thing altogether. You gave them a gift and you were still holding your 14 p. cent so that the next year, you got the 4.2 p. cent on top of the 14 p. cent. If you go back to 10 and put the 4.2 on top of that, that is a lot less, so you gave them more than \$30 million.

Dr. McPherson: What it boils down to is that, of the agreed-upon fee increases that physicians would otherwise have had, the physicians of British Columbia, out of their incomes, gave back to the government an amount equivalent to about \$30 million.

The Chairman: Yes, I understand that. What I am trying to get at is, if you got a 14 p. cent increase in 1982 and then you said, "I am going to give you a gift of \$30 million," that is a gift back to the government, but you still withheld your 14 p. cent so that in the next year, 1983, you had 100 p. cent plus 14 p. cent and you got 4.2 p. cent on top of that 114 p. cent. However, you did not; you only got 4.2 p. cent on top of 110.

Dr. McPherson: No, Mr. Chairman. It went on top of the 14. It was a straightforward gift of \$30 million.

Dr. Rigby: Mr. Chairman, the way of effecting the gift was that it was made as a deduction from each cheque until the amount of money had been given back.

The Chairman: They did not give it back at the end of the year, for the use during the year?

Dr. Rigby: No.

The Chairman: Any further questions? If there are no further questions, then we will thank Doctors McPherson and Rigby for coming here today. We appreciate your comments and your briefs and we will be watching with interest to see what you do, as I am sure you will be watching to see what happens here. Thank you very much.

Perhaps we could return to the Second Report of the Subcommittee on Agenda and Procedure which met on the 28th of March. At that time, we had four matters that I understood we all agreed to. Do we all agree on number 1?

[Traduction]

M. McPherson: Essentiellement, les 14 p. 100 ont été réduits à environ 10,1 p. 100.

Le président: En fait, non seulement vous lui avez fait un don de 30 millions, mais vous avez aussi réduit l'augmentation de 14 p. 100 à laquelle vous aviez droit, et vous avez ajouté un 4,2 p. 100 à l'augmentation prévue pour 1983-1984?

M. McPherson: Je crois comprendre votre question. La base des négociations est demeurée la même, mais nous lui avons essentiellement donné le montant qui aurait limité l'augmentation à à peine 10,1 p. 100 au cours de cette année.

Le président: Donc, vous ne lui avez pas réellement versé un don de 30 millions; vous lui avez dit que vous accepteriez une augmentation de 10 p. 100 plutôt que de 14 p. 100?

M. McPherson: Si vous voulez.

Le président: Mais c'est tout à fait différent. Vous lui faisiez un don et vous gardiez vos 14 p. 100 de sorte que l'année suivante, vous obteniez 4,2 p. 100 en plus des 14 p. 100. Si vous prenez le 10 p. 100 et y ajoutez 4,2 p. 100, cela donne une somme bien inférieure; vous lui avez donc donné plus de 30 millions de dollars.

M. McPherson: Cela revient à dire qu'à partir des augmentations convenues qu'ils auraient touchées, les médecins de la Colombie-Britannique ont remis au gouvernement une somme équivalente à quelque 30 p. 100 millions à partir de leurs propres revenus.

Le président: Oui, je comprends cela. Mais j'essaie de vous dire que si vous avez obtenu une augmentation de 14 p. 100 en 1982, et que vous ayez ensuite dit au gouvernement: «Je vais vous faire un don de 30 millions», c'est un cadeau que vous lui avez fait, mais vous gardiez votre augmentation de 14 p. 100, de sorte qu'au cours de l'année suivante, soit 1983, vous obteniez 100 p. 100 plus 14 p. 100, et ajoutiez 4,2 p. 100 à ces 114 p. 100. Toutefois ce n'est pas ce qui s'est produit, vous n'avez obtenu que 4,2 p. 100 plus 110 p. 100.

M. McPherson: Non, monsieur le président. C'était 4,2 p. 100 plus 14 p. 100. Il s'agissait bien d'un don de 30 millions.

M. Rigby: Monsieur le président, le don de 30 millions a été fait à partir de retenues à la source.

Le président: N'a-t-on pas remis le montant à la fin de l'année, pour pouvoir l'utiliser?

M. Rigby: Non.

Le président: D'autres questions? Si vous n'avez pas d'autres questions à poser, nous remercierons MM. McPherson et Rigby d'être venus ici aujourd'hui. Nous apprécions vos commentaires et vos mémoires et suivrons vos travaux avec intérêt, vous vous tiendrez au courant, j'en suis sûr, de ce qui se passe ici. Je vous remercie beaucoup.

Nous pourrions peut-être revenir au deuxième rapport du sous-comité du programme et de la procédure qui s'est réuni le 28 mars dernier. A ce moment, il me semble que nous nous sommes entendus sur quatre points. Sommes-nous tous d'accord sur la recommandation n° 1?

[Text]

Senator Phillips: Mr. Chairman, number 1 may be overtaken by events. Since that was agreed on, all the problems have disappeared and perhaps we should anticipate that number 1 is a little premature.

The Chairman: Senator Phillips, I agree with you. That is why number 1 is worded:

THAT the Committee attempt... The word "attempt" is there. We did not say that we would.

Senator Phillips: As an opposition member, I am always suspicious when I hear of the government attempting to do something.

The Chairman: Shall we agree, then, to the first clause with the word "attempt"?

Senator Marshall: Mr. Chairman, I would like to deal with numbers 2 and 3.

The Chairman: We will come to that presently. With respect to number 2, does the committee approve of the second recommendation, which is Senator Marshall's motion?

Senator Marshall: Mr. Chairman, I do not have an objection. I have an observation. We are premature in the fact that this matter will be raised in the chamber this evening. We do not know yet what will happen in the chamber. Surely we are predetermining what is going to happen in the chamber with both number 2 and number 3?

The Chairman: As I understand it, Senator Marshall, we are not predetermining anything. We are saying that we as a community support your motion. Now what they will do with it, I cannot say, but we support your motion.

Senator Marshall: It is very nice of you, but I do not think it is proper procedure.

The Chairman: Do you mean you do not want us to support you?

Senator Marshall: I am saying that because it would support my argument on number 3. Let me try to explain. With regard to number 3, I am introducing an amendment to Senator Hébert's motion to have the matter referred to this committee. We are saying that that might not even pass in the chamber.

The Chairman: We do not know that, but if it does pass—

Senator Marshall: I think we should stop at:

... between the ages of 15 and 24 years should be referred to this Committee...

I think we should stop there. It may come to a vote in the Senate chamber, and this motion may pass at that time.

The Chairman: That may be so but if the study should come to our committee, this is how we will handle it. If it does not come to our committee after the vote tonight, we do not need to worry how they are going to handle it.

Senator Marshall: In that case, we should say that we would consider that a subcommittee on youth be established.

[Traduction]

Le sénateur Phillips: Monsieur le président, il se peut que nous soyons dépassés par les événements. Depuis que nous avons convenu de cette recommandation, tous les problèmes ont disparu et la décision que nous avons prise à cet égard est peut-être quelque peu prématurée.

Le président: Sénateur Phillips, je suis d'accord avec vous. C'est pour cette raison que la recommandation n°1 a été formulée ainsi:

QUE le comité essaye... Il est bien question d'«essayer», et ce n'est pas ce que nous avons dit.

Le sénateur Phillips: En tant que membre de l'opposition, je me méfie toujours lorsque j'entends dire que le gouvernement essaiera de faire quelque chose.

Le président: Acceptons-nous alors le premier paragraphe où figure le terme «essayer»?

Le sénateur Marshall: Monsieur le président, j'aimerais que l'on discute des recommandations n°s 2 et 3.

Le président: Nous y arrivons. Le Comité approuve-t-il la seconde recommandation relative à la motion du sénateur Marshall?

Le sénateur Marshall: Monsieur le président, ce n'est pas une objection, mais une objection que je veux faire. Nous allons trop vite en ce sens que nous ne savons pas si la question sera soulevée en Chambre ce soir. Nous ne savons pas ce qui se passera en Chambre. Ne croyez-vous pas que nous anticipons sur ce qu'il adviendra des recommandations n°s 2 et 3?

Le président: Il me semble, sénateur Marshall, que nous n'anticipons sur rien du tout. Nous disons tout simplement que nous appuyons votre motion en tant que groupe. Ce qu'il en adviendra, je n'en sais rien, mais nous appuyons votre motion.

Le sénateur Marshall: C'est très gentil de votre part, mais je doute que ce soit conforme à la procédure.

Le président: Ne voulez-vous donc pas notre appui?

Le sénateur Marshall: En agissant ainsi, vous appuyeriez également mon argument concernant la recommandation n° 3. Laissez-moi m'expliquer. Je propose de modifier la motion du sénateur Hébert selon laquelle la question devra être renvoyée au Comité. Cela pourrait même ne pas être adopté en Chambre.

Le président: Nous ne le savons pas, mais si elle est acceptée...

Le sénateur Marshall: Je crois que nous devrions arrêter à:

... âgés de 15 à 24 ans serait déferé à ce comité, ...

Il pourrait s'ensuivre un vote au Sénat et cette proposition pourrait être adoptée à ce moment.

Le président: Peut-être bien, mais si l'étude en est confiée à notre Comité, c'est ainsi que nous agirons. Si elle ne nous est pas confiée après le vote de ce soir, nous n'aurons pas besoin de nous inquiéter de la façon dont l'affaire sera réglée.

Le sénateur Marshall: Dans ce cas, nous devrions ajouter que nous envisageons la possibilité de mettre sur pied un sous-comité sur la jeunesse.

[Text]

The Chairman: Are you suggesting that, if the matter comes before our committee, that we support the possibility of a subcommittee?

Senator Marshall: That we consider the possibility.

The Chairman: No, if it should be referred to this committee, we will set up a subcommittee.

Senator Phillips: We support the principle of a subcommittee.

The Chairman: That is right, but the matter should come to this committee first. We support the fact that the matter be referred here, to this committee, and then that a subcommittee be appointed after that.

Senator Marshall: I do not think we should say "will". We should say that it should be considered.

The Chairman: We are saying that if it should be passed in the other place; if your amendment should carry over there—

Senator Marshall: I do not see that that is included in what is written here.

The Chairman: What I think it is saying is that, with respect to the motion that is before the Senate now, if you should make an amendment to that motion, and if your motion should carry, then we will set up a subcommittee here.

Senator Marshall: No, we should take into consideration this setting up of a subcommittee.

The Chairman: Actually, what we are doing in the steering committee is making a recommendation to the full committee. In the steering committee, we cannot say what the full committee will do. All we can do is recommend. What I am trying to say to you is that if the amendment which you tell us you might introduce tonight carries, and the motion is referred to our committee, then the steering committee can recommend to the full committee the setting up of a subcommittee to handle the matter.

Senator Marshall: I do not agree with that.

The Chairman: Do you want the full committee to consider it?

Senator Marshall: You should consider setting up a subcommittee, and then recommend it to the Senate.

The Chairman: Has the Senate not considered that already?

Senator Marshall: You are predetermining something which has not yet happened. You do not know what will happen.

The Chairman: I know that. What I thought we were doing the other day was considering the possibility that if your amendment should pass—

Senator Marshall: I do not think the wording should be that way.

The Chairman: How would you like to see it?

Senator Marshall: I would like to see the words "should be considered".

[Traduction]

Le président: Selon vous, si la question nous était soumise, nous devrions appuyer la création d'un sous-comité?

Le sénateur Marshall: Nous devrions en envisager la possibilité.

Le président: Non, si la question est soumise à notre Comité, nous créerons un sous-comité.

Le sénateur Phillips: Nous adhérons au principe de la création d'un sous-comité.

Le président: C'est exact, mais la question devra tout d'abord être soumise à notre Comité. Nous acceptons que la question soit d'abord renvoyée à notre Comité et qu'un sous-comité soit mis sur pied par la suite.

Le sénateur Marshall: Je ne pense pas que nous devrions dire «soit créé», mais que nous en étudierons la possibilité.

Le président: Si cette proposition était adoptée à la Chambre des communes, si votre modification est approuvée . . .

Le sénateur Marshall: Je ne pense pas que c'est ce que dit le rapport.

Le président: Ce que je comprends, c'est que si vous la modifiez et qu'elle soit adoptée, nous créerons alors un sous-comité sénatorial.

Le sénateur Marshall: Non, nous envisagerons la possibilité de créer un sous-comité.

Le président: En réalité, le rôle du comité directeur est de faire des recommandations au Comité. Il ne peut savoir ce que fera le Comité. Il ne peut que formuler des recommandations. J'essaie de vous dire que si la modification que vous soumettez peut-être ce soir est adoptée, et que la proposition soit renvoyée à notre Comité, le comité directeur recommandera alors au Comité de créer un sous-comité pour étudier la question.

Le sénateur Marshall: Je ne suis pas d'accord.

Le président: Préférez-vous que ce soit tout le Comité qui l'étudie?

Le sénateur Marshall: Vous devriez d'abord envisager la possibilité de créer un sous-comité, et en faire ensuite la recommandation au Sénat.

Le président: Le Sénat n'a-t-il pas déjà pris cette possibilité en considération?

Le sénateur Marshall: Vous anticipez; vous ne pouvez savoir ce qui arrivera.

Le président: Je le sais bien. Je croyais cependant que, l'autre jour nous avons envisagé la possibilité, advenant que votre modification soit acceptée . . .

Le sénateur Marshall: Je ne pense pas que ce devrait être formulé ainsi.

Le président: Que proposez-vous?

Le sénateur Marshall: Je voudrais qu'on parle d'envisager la possibilité.

[Text]

The Chairman: So it should read:

That, if the study of the problems and issues facing Canadian youth between the ages of 15 and 24 years should be referred to this Committee, consideration be given to creating a Subcommittee on youth . . .
or you could say "establishing".

Senator Marshall: That is right.

The Chairman: There is nothing wrong with that amendment. Is it agreed, honourable senators?

Senator Tremblay: I have one question, Mr. Chairman. What is the subject matter of the motion, to create a committee or to study a problem?

The Chairman: The subject matter of the motion is that if a problem should be referred to us then the steering committee will recommend to the full committee—

Senator Tremblay: That we should do something about it, study it?

The Chairman: Study it as a subcommittee.

Senator Tremblay: Then if the subject matter is referred to our committee we may decide to have a subcommittee consider the subject matter?

The Chairman: All we can do is recommend.

You have heard the motion, honourable senators, does it carry?

Hon. Senators: Agreed.

The Chairman: The fourth point reads:

That the study of the problems and issues facing the aboriginal peoples of Canada, . . .
Is it agreed, honourable senators?

Hon. Senators: Agreed.

The Chairman: Shall the second report as amended in clause 3 carry?

Hon. Senators: Agreed.

The Chairman: Honourable senators, tomorrow we will have with us in room 250 of the East Block at 4 o'clock ten ministers of health. I would like to ensure all our members attend. We will also have with us the minister of health from the Province of Quebec. Perhaps the Quebec members would make efforts to attend. I am sure the minister would want to be asked questions in French. It is quite an honour for us to have a member of the government of the Province of Quebec attend one of our committees in order to present his case.

There will be many people coming from the provinces. We ask that the members of our committee sit on the left hand side of the room leaving the right hand side for the witnesses. Please try and be early, honourable senators. Endeavour to meet your own ministers if you see them and make them feel welcome in the Parliament of Canada.

Senator Tremblay: What will be the procedure?

[Traduction]

Le président: La recommandation serait alors la suivante:

Qu'advenant le cas où l'étude des problèmes et questions auxquels font face les jeunes canadiens âgés de 15 à 24 ans serait déferée à ce comité, il soit envisagé de créer un sous-comité sur la jeunesse . . .
ou encore «d'établir».

Le sénateur Marshall: C'est exact.

Le président: Cette modification est tout à fait correcte. Y consentez-vous, honorables sénateurs?

Le sénateur Tremblay: Je voudrais poser une question, monsieur le président. Quel est l'objet de la proposition, créer un comité ou étudier un problème?

Le président: L'objet de la proposition est d'assurer que si l'étude d'un problème nous est confiée, le comité directeur recommandera alors à toute le Comité . . .

Le sénateur Tremblay: Que nous fassions quelque chose, que nous étudions le problème?

Le président: Que nous l'étudions en tant que sous-comité.

Le sénateur Tremblay: Si la question nous était renvoyée, nous pourrions décider de la déferer à un sous-comité?

Le président: Nous ne pouvons que recommander.

Vous avez entendu la proposition, honorables sénateurs, vous plaît-il de l'adopter?

Des voix: Adoptée.

Le président: La quatrième recommandation est ainsi formulée:

Que l'étude des problèmes et questions auxquels font face les autochtones du Canada . . .
Vous plaît-il de l'adopter, honorables sénateurs?

Des voix: Adoptée.

Le président: Adoptez-vous le deuxième rapport avec les modifications apportées au troisième paragraphe.

Des voix: Adopté.

Le président: Honorables sénateurs, demain, à la pièce 250 de l'Édifice de l'Est, à 16 heures précises, nous rencontrerons dix ministres de la Santé. J'espère que tous nos membres seront présents. Nous aurons également avec nous le ministre de la Santé du Québec. Les membres du Québec voudront peut-être faire des efforts pour assister à la séance. Je suis sûr que le ministre aimera qu'on lui pose des questions en français. C'est tout un honneur pour nous qu'un membre du gouvernement québécois assiste à l'une de nos réunions pour nous exprimer ses vues.

Beaucoup de représentants des provinces seront présents. Aussi demandons-nous aux membres du Comité de s'asseoir du côté gauche de la salle pour laisser le côté droit aux témoins. Je vous prie de vous efforcer d'arriver à l'avance, honorables sénateurs. Vous pourrez rencontrer le ministre de votre province et lui souhaiter la bienvenue au Parlement du Canada.

Le sénateur Tremblay: Quelle sera la procédure?

[Text]

The Chairman: The Hon. David Russell, the Minister of Hospitals and Medical Care from the province of Alberta will act as chairman since he has been chosen by those ministers for the year 1984. He will present a brief and perhaps some of the ministers will say something. I hope to give about 10 minutes to the Hon. David Russell and approximately 5 minutes to each of the other ministers. After they have all spoken their piece then we will ask honourable senators for questions.

Senator Tremblay: Have they not sent briefs?

The Chairman: As yet, I do not have any briefs. We will see you all tomorrow in the East Block.

Senator Marshall: If their briefs appear in the morning could we have copies sent to us?

The Chairman: Yes. If there are any available we will try to get them to honourable senators.

The committee adjourned.

[Traduction]

Le président: L'honorable David Russell, ministre responsable des hôpitaux et des soins médicaux de la province de l'Alberta, fera office de président puisqu'il a été choisi par ses homologues pour assumer ce rôle en 1984. Il présentera un mémoire et quelques ministres auront peut-être quelque chose à dire. Je prévois accorder quelque dix minutes à l'honorable David Russell et cinq minutes chacun des autres ministres. Après que tous auront eu l'occasion de s'exprimer, nous demanderons aux honorables sénateurs de poser des questions.

Le sénateur Tremblay: N'ont-ils pas envoyé de mémoires?

Le président: Je n'en ai encore reçu aucun. Nous nous reverrons donc tous demain à l'Édifice de l'Est.

Le sénateur Marshall: Si leurs mémoires nous arrivent dans la matinée, pourriez-vous nous en envoyer des exemplaires?

Le président: Oui, si des mémoires sont mis à notre disposition, nous tenterons de vous les faire parvenir.

Le Comité s'ajourne.



*If undelivered, return COVER ONLY to:
Canadian Government Publishing Centre,
Supply and Services Canada,
Ottawa, Canada, K1A 0S9*

*En cas de non-livraison,
retourner cette COUVERTURE SEULEMENT à:
Centre d'édition du gouvernement du Canada,
Approvisionnement et Services Canada,
Ottawa, Canada, K1A 0S9*

WITNESSES—TÉMOINS

From the Canadian Nurses Association:

Dr. Helen Glass, President;
Ms. Ginette Rodger, Executive Director.

From the Ontario Medical Association:

Dr. G. A. Isaac, President;
Dr. E. J. Moran, General Secretary.

From the British Columbia Medical Association:

Dr. Duncan McPherson President;
Dr. Norman Rigby, Executive Director.

De l'Association des infirmières et infirmiers du Canada:

M^{me} Helen Glass, présidente;
M^{me} Ginette Rodger, directrice générale.

De l'Association médicale de l'Ontario:

M. G. A. Isaac, président;
M. E. J. Moran, secrétaire général.

De l'Association médicale de la Colombie-Britannique:

M. Duncan McPherson, président;
M. Norman Rigby, directeur général.



Second Session
Thirty-second Parliament, 1983-84

SENATE OF CANADA

*Proceedings of the Standing
Senate Committee on*

Social Affairs, Science and Technology

Chairman:
The Honourable M. LORNE BONNELL

Wednesday, April 4, 1984

Issue No. 5

Fifth proceedings on:

The subject-matter of Bill C-3: "An Act relating to cash contributions by Canada in respect of insured health services provided under provincial health care insurance plans and amounts payable by Canada in respect of extended health care services and to amend and repeal certain Acts in consequence thereof"

WITNESSES:

(See back cover)

Deuxième session de la
trente-deuxième législature, 1983-1984

SÉNAT DU CANADA

*Délibérations du comité
sénatorial permanent des*

Affaires sociales, des sciences et de la technologie

Président:
L'honorable M. LORNE BONNELL

MAY 2 1984

Le mercredi 4 avril 1984

Fascicule n° 5

Cinquième fascicule concernant:

La teneur du Projet de loi C-3:
«Loi concernant les contributions pécuniaires du Canada aux services de santé assurés pris en charge par les régimes provinciaux d'assurance-santé et les montants payables par le Canada pour les programmes de services complémentaires de santé, et modifiant certaines lois en conséquence»

TÉMOINS:

(Voir à l'endos)

THE STANDING SENATE COMMITTEE ON
SOCIAL AFFAIRS, SCIENCE AND TECHNOLOGY

The Honourable M. Lorne Bonnell, *Chairman*
The Honourable Orville H. Phillips, *Deputy Chairman*

The Honourable Senators:

Anderson	Lewis
Bielish	Marshall
Bonnell	*Olson
Bosa	Phillips
Cottreau	Rousseau
*Flynn	Tremblay
Hébert	Wood

**Ex Officio Members*

(Quorum 5)

Pursuant to notice of April 4, 1984 in accordance with rule 66(4) and (5)(a):

Senator Anderson replaces Senator McGrand;
Senator Lewis replaces Senator Inman;
Senator Bosa replaces Senator Haidasz.

COMITÉ SÉNATORIAL PERMANENT DES
AFFAIRES SOCIALES, SCIENCES ET TECHNOLOGIE

Président: L'honorable M. Lorne Bonnell
Vice-président: L'honorable Orville H. Phillips

Les honorables sénateurs:

Anderson	Lewis
Bielish	Marshall
Bonnell	*Olson
Bosa	Phillips
Cottreau	Rousseau
*Flynn	Tremblay
Hébert	Wood

**Membres d'office*

(Quorum 5)

Conformément à l'avis du 4 avril 1984 donné aux termes 66(4) et (5)a) du Règlement:

Le sénateur Anderson remplace le sénateur McGrand;
Le sénateur Lewis remplace le sénateur Inman;
Le sénateur Bosa remplace le sénateur Haidasz.

Le greffier du comité

Erika Bruce

Clerk of the Committee

ORDER OF REFERENCE

Extract from the Minutes of Proceedings of the Senate, Tuesday, March 20, 1984:

"The Order being read,

With leave of the Senate,

The Honourable Senator Bonnell resumed the debate on the motion of the Honourable Senator Frith, seconded by the Honourable Senator Langlois:

That the Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology be authorized to examine the subject-matter of the Bill C-3, intituled: "An Act relating to cash contributions by Canada in respect of insured health services provided under provincial health care insurance plans and amounts payable by Canada in respect of extended health care services and to amend and repeal certain Acts in consequence thereof", in advance of the said Bill coming before the Senate, or any matter relating thereto;

That the Committee have power to adjourn from place to place within Canada; and

That the Committee be authorized to engage the services of such counsel and technical, clerical and other personnel as may be required for the said examination.

After debate,

In amendment, the Honourable Senator Bonnell moved, seconded by the Honourable Senator Giguère, that the motion be amended by deleting the second paragraph thereof.

After debate, and—

The question being put on the motion in amendment, it was—

Resolved in the affirmative.

The question being put on the motion as amended, it was—

Resolved in the affirmative."

ORDRE DE RENVOI

Extrait des Procès-verbaux du Sénat le mardi 20 mars 1984:

«A la lecture de l'ordre adopté,

Avec la permission du Sénat,

L'honorable sénateur Bonnell reprend le débat sur la motion de l'honorable sénateur Frith, appuyé par l'honorable sénateur Langlois,

Que le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie soit autorisé à étudier la teneur du Projet de loi C-3, intitulé : «Loi concernant les contributions pécuniaires du Canada aux services de santé assurés pris en charge par les régimes provinciaux d'assurance-santé et les montants payables par le Canada pour les programmes de services complémentaires de santé, et modifiant certaines lois en conséquence», avant que ce projet de loi ou les questions s'y rattachant ne soient soumis au Sénat;

Que le Comité soit autorisé à voyager où que ce soit au Canada;

Que le Comité soit autorisé à retenir les services des conseillers et du personnel technique, de bureau et autre dont il pourra avoir besoin aux fins de son enquête.

Après débat,

En amendement, l'honorable sénateur Bonnell propose, appuyé par l'honorable sénateur Giguère, que l'on modifie la motion en retranchant le deuxième paragraphe.

Après débat,

La motion d'amendement, mise aux voix, est adoptée.

La motion, telle que modifiée, mise aux voix, est adoptée.»

Le greffier du Sénat

Charles A. Lussier

Clerk of the Senate

MINUTES OF PROCEEDINGS

WEDNESDAY, APRIL 4, 1984

(9)

[Text]

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met this day, at 4:04 p.m., the Chairman, the Honourable Senator Bonnell presiding.

Members of the Committee present: The Honourable Senators Anderson, Bielish, Bonnell, Bosa, Cottreau, Flynn*, Hébert, Lewis, Marshall, Phillips, Rousseau, Tremblay and Wood. (13)

Other Senators present: Honourable Senators Asselin, Cools, Donahoe, McElman, McGrand, Roblin and Stewart.

In attendance: Ms. Mildred J. Morton, Research Associate, Library of Parliament.

Witnesses:

The Provincial and Territorial Ministers of Health:

Hon. David Russell, Minister of Hospitals and Medical Care, Province of Alberta;

Hon. Gerald Sheehy, Minister of Health, Province of Nova Scotia;

Hon. Charles Gallagher, Minister of Health, Province of New Brunswick;

Hon. Keith Norton, Minister of Health, Province of Ontario;

Hon. Pierre Marc Johnson, Minister of Canadian Intergovernmental Affairs, Province of Quebec;

Hon. James A. Nielsen, Minister of Health, Province of British Columbia;

Hon. Albert P. Fogarty, Minister of Health and Social Services, Province of Prince Edward Island;

Hon. Graham Taylor, Minister of Health, Province of Saskatchewan;

Hon. Andy Philipsen, Minister of Health and Human Resources, Yukon Territory;

Mr. Gerald White, Director of Health Policy, Department of Health, Province of Newfoundland.

The Committee proceeded to examine and consider the subject-matter of Bill C-3 intituled: "An Act relating to cash contributions by Canada in respect of insured health services provided under provincial health care insurance plans and amounts payable by Canada in respect of extended health care services and to amend and repeal certain Acts in consequence thereof."

The witnesses made statements and answered questions.

PROCÈS-VERBAL

LE MERCREDI 4 AVRIL 1984

(9)

[Traduction]

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit aujourd'hui à 16 h 04 sous la présidence de l'honorable sénateur Bonnell (président) qui occupe le fauteuil.

Membres du Comité présents: Les honorables sénateurs Anderson, Bielish, Bonnell, Bosa, Cottreau, Flynn*, Hébert, Lewis, Marshall, Phillips, Rousseau, Tremblay et Wood. (13)

Autres sénateurs présents: Les honorables sénateurs Asselin, Cools, Donahoe, McElman, McGrand, Roblin et Stewart.

Aussi présente: M^{me} Mildred J. Morton, attachée de recherche, Bibliothèque du Parlement.

Témoins:

Les ministres de la Santé provinciaux et territoriaux:

L'honorable David Russell, ministre des hôpitaux et des soins médicaux, province de l'Alberta;

L'honorable Gerald Sheehy, ministre de la Santé, Province de la Nouvelle-Écosse;

L'honorable Charles Gallagher, ministre de la Santé, province du Nouveau-Brunswick;

L'honorable Keith Norton, ministre de la Santé, province de l'Ontario;

L'honorable Pierre-Marc Johnson, ministre délégué aux Affaires intergouvernementales canadiennes, province de Québec;

L'honorable James A. Nielsen, ministre de la Santé, province de la Colombie-Britannique;

L'honorable Albert P. Fogarty, ministre de la Santé et des Affaires sociales, province de l'Île-du-Prince-Édouard;

L'honorable Graham Taylor, ministre de la Santé, province de la Saskatchewan;

L'honorable Andy Philipsen, ministre de la Santé et des Ressources humaines, Territoire du Yukon;

M. Gerald White, administrateur de la politique de la santé, province de Terre-Neuve.

Le Comité poursuit l'étude de la teneur du projet de loi C-3 intitulé: «Loi concernant les contributions pécuniaires du Canada aux services de santé assurés pris en charge par les régimes provinciaux d'assurance-santé et les montants payables par le Canada pour les programmes de services complémentaires de santé, et modifiant certaines lois en conséquence».

Les témoins font des déclarations et répondent ensuite aux questions.

At 6:49 p.m., the Committee adjourned to the call of the Chair.

ATTEST:

A 18 h 49 le Comité suspend ses travaux jusqu'à nouvelle convocation du président.

ATTESTÉ:

Le greffier du Comité

Erika Bruce

Clerk of the Committee

**ex officio* member

*membre d'office

EVIDENCE

Ottawa, Wednesday, April 4, 1984

[Text]

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met this day at 4 p.m. to consider the subject matter of Bill C-3, relating to cash contributions by Canada in respect of insured health services provided under provincial health care insurance plans and amounts payable by Canada in respect of extended health care services and to amend and repeal certain acts in consequence thereof.

Senator M. Lorne Bonnell (*Chairman*) in the Chair.

The Chairman: Honourable senators, ministers of health and representatives from the provinces, first let me welcome you to the Senate of Canada. It is an historic event today that so many ministers of health have been able to come to Ottawa to participate in the discussion on Bill C-3, which is an important piece of legislation, probably one of the most important to come before the Parliament of Canada in this session.

We all understand that health, education and welfare fall within the jurisdiction of the provinces and for that reason I felt it most important that all of you be invited to appear before our committee today.

I suspect that the fact that I am chairman of this committee probably puts me in a unique position, in that, as medical doctor by profession, I may represent the medical profession of this country; I am a senator and, therefore, I represent the government of Canada; I was the Minister of Health in Prince Edward Island in 1956 when the Medicare and Diagnostic Services Act was proclaimed, and I had the privilege of passing that through our legislature. In doing so I dealt with the Honourable Paul Martin at that time. Again, I was back in the Province of Prince Edward Island as a Minister of the Crown when the Medicare Act was passed in 1967. Now here I am again, sitting before you today with my friends the ministers of health for the provinces, in a sense back where I started as a young country doctor.

Today I want to open the meeting by making you feel at home. Please feel free to say what you feel you should say.

I should point out that the authority we have for meeting with you today stems from a motion passed in the Senate on March 20, 1984. That motion states as follows:

That the Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology be authorized to examine the subject-matter of the Bill C-3, intituled: "An Act relating to cash contributions by Canada in respect of insured health services provided under provincial health care insurance plans and amounts payable by Canada in respect of extended health care services and to amend and repeal certain Acts in consequence thereof", in advance of the said Bill coming before the Senate, or any matter relating thereto;

Honourable senators and honourable ministers realize that the Bill is still in the other place. It is not expected that it will receive third reading there until early next week.

TÉMOIGNAGES

Ottawa, le mercredi 4 avril 1984

[Traduction]

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit aujourd'hui à 16 heures pour étudier la teneur du projet de loi C-3, concernant les contributions pécuniaires du Canada aux services de santé assurés pris en charge par les régimes provinciaux d'assurance-santé et les montants payables par le Canada pour les programmes de services complémentaires de santé, et modifiant certaines lois en conséquence.

Le sénateur M. Lorne Bonnell (*président*) occupe le fauteuil.

Le président: Honorables sénateurs, ministres de la Santé et représentants provinciaux, je vous souhaite la bienvenue au Sénat. Aujourd'hui marque un événement historique puisqu'un grand nombre de ministres de la Santé sont à Ottawa pour participer à un débat sur le projet de loi C-3 qui est probablement une des plus importantes mesures de la session.

Comme la santé, l'éducation et le bien-être sont du ressort des provinces, j'ai cru qu'il était très important que vous soyez tous invités à comparaître devant notre Comité aujourd'hui.

Je me trouve probablement dans une position unique du fait que je suis président de ce Comité mais également médecin de profession; je représente peut-être à ce titre la profession médicale du pays. Mais en tant que sénateur, je représente également le gouvernement du Canada. J'étais ministre de la Santé de l'Île-du-Prince-Édouard en 1956 lorsque la Loi sur l'assurance-hospitalisation et les services diagnostiques a été promulguée et j'ai alors eu le privilège de présenter cette mesure à mon assemblée législative et d'y assurer son adoption. Ce faisant, j'ai également été en contact avec l'honorable Paul Martin. J'étais ministre de la Couronne de l'Île-du-Prince-Édouard lorsque la Loi sur les soins médicaux a été adoptée en 1967. Je me retrouve ici aujourd'hui avec mes amis, les ministres de la Santé provinciaux; j'ai presque l'impression de revivre l'époque où j'étais jeune médecin.

J'espère que vous vous sentirez à l'aise et que vous n'hésitez pas à nous exprimer vos vues.

J'aimerais vous rappeler que nous sommes autorisés à siéger aujourd'hui en vertu d'une motion adoptée au Sénat le 20 mars 1984 et libellée en ces termes:

Que le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie soit autorisé à étudier la teneur du projet de loi C-3 intitulé: «Loi concernant les contributions pécuniaires du Canada aux services de santé assurés pris en charge par les régimes provinciaux d'assurance-santé et les montants payables par le Canada pour les programmes de services complémentaires de santé, et modifiant certaines lois en conséquence», avant que ce projet de loi ou les questions s'y rattachant ne soient soumis au Sénat;

Honorables sénateurs, messieurs les ministres, vous savez que le projet de loi est toujours étudié à l'autre endroit. Il ne sera

[Text]

Today, as our committee meets with the provinces, we have with us the Honourable David Russell, Minister of Hospitals and Medical Care from the Province of Alberta. I understand that Mr. Russell is more or less the chairman of the ministers of health of the provinces for this year. He has agreed to introduce the ministers and the representatives from the provinces, after which he will make a short statement. Following that, I understand each of the ministers will, in turn, say a few words, and then, if honourable senators have any questions, they can, at that point, direct them to the ministers through the chair. Mr. Minister, the meeting is yours.

Hon. David Russell, Minister of Hospitals and Medical Care, Province of Alberta: Thank you, Mr. Chairman. I think I speak for my colleagues when I say that we feel very much at home by the warm welcome you have given us and are encouraged to learn of your background in this ongoing matter, the important program of delivering good health care to Canadian citizens in the various regions of our country. I should like to avail myself of your invitation to introduce all of my colleagues. They all have individual, brief statements to make on behalf of their provinces, and I should also like to speak for a couple of minutes on behalf of the Province of Alberta, when our turn comes.

By way of introduction, starting at this end of the table, first is my colleague, the Minister of Health for Nova Scotia, the Honourable Gerald Sheehy. Next is the Honourable Charles Gallagher, Minister of Health for the Province of New Brunswick, followed by the Honourable Keith Norton, Minister of Health for the Province of Ontario. Next to him is the former Minister of Health and Social Services for Quebec, now Minister of Justice and Intergovernmental Affairs for the Province of Quebec, the Honourable Pierre Marc Johnson. Next to Mr. Johnson is the Honourable James Nielsen, Minister of Health for British Columbia. Then comes the Honourable Al Fogarty, Minister of Health for Prince Edward Island. At the corner of the table is the Honourable Graham Taylor, Minister of Health for the Province of Saskatchewan. Next to Mr. Taylor is the Honourable Andy Philipsen, Minister of Health and Human Resources for the Yukon Territory. Finishing our delegation is Mr. Gerald White, Director of Health Policy for the Province of Newfoundland, speaking on behalf of his minister who was not able to be here today. I understand that a week or so ago you heard from our colleague the minister from Manitoba. So that represents the collection of health ministers for the provinces that are here today.

By way of introductory comment, Mr. Chairman, I should like to underline the very historic significance of what is happening today. We were unable to find a previous occasion when so many provincial governments appeared together before the Senate on a matter of grave import such as we are talking about today. We realize it is an unusual occurrence and we are here today because we were anxious to avail ourselves of your kind invitation to get the matter that concerns us all in front of the Senate to have the senators give it that historic, sober, second thought.

[Traduction]

probablement pas lu pour la troisième fois avant le début de la semaine prochaine.

Nous accueillons aujourd'hui les représentants provinciaux: l'honorable David Russell, ministre des hôpitaux et des soins médicaux de l'Alberta. M. Russell est en quelque sorte le porte-parole des ministres de la Santé des diverses provinces cette année. Il a accepté de présenter les ministres et représentants provinciaux, et de prononcer une brève allocution. Tous les ministres diront ensuite quelques mots, à tour de rôle. Les honorables sénateurs seront ensuite invités à poser des questions. Monsieur le ministre, je vous laisse la parole.

L'honorable David Russell, ministre des hôpitaux et des soins médicaux, province de l'Alberta: Merci, monsieur le président. Je crois parler au nom de mes collègues quand je dis que nous nous sentons à l'aise grâce à l'accueil chaleureux que vous nous avez réservé. Nous sommes heureux d'apprendre que vous avez manifesté un intérêt suivi pour cette question visant l'important programme de bons soins offerts aux Canadiens dans les diverses régions du pays. J'aimerais maintenant vous présenter tous mes collègues; ils feront, à tour de rôle, une brève déclaration au nom de leur province. Je vous ferai ensuite part de la position de ma province, l'Alberta.

Je commencerai à cette extrémité de la table: le premier représentant est le ministre de la Santé de la Nouvelle-Écosse, l'honorable Gerald Sheehy. À ses côtés se trouvent l'honorable Charles Gallagher, ministre de la Santé de la province du Nouveau-Brunswick, puis l'honorable Keith Norton, ministre de la Santé de la province de l'Ontario. Aux côtés de M. Norton se trouve l'ancien ministre de la Santé et des Services sociaux du Québec, qui est maintenant ministre de la Justice et ministre délégué aux affaires intergouvernementales pour la province de Québec, l'honorable Pierre Marc Johnson. À ses côtés se trouvent l'honorable James Nielsen, ministre de la Santé de la Colombie-Britannique, puis l'honorable Al Fogarty, ministre de la Santé de l'Île du Prince-Édouard. Au coin de la table, se trouvent l'honorable Graham Taylor, ministre de la Santé de la province de la Saskatchewan et l'honorable Andy Philipsen, ministre de la Santé et des Ressources humaines du Territoire du Yukon; puis, finalement, M. Gerald White, administrateur de la politique de la santé de la province de Terre-Neuve, qui prendra la parole au nom de son ministre qui ne pouvait comparaître devant vous aujourd'hui. Il y a environ une semaine, vous avez entendu notre homologue, le ministre manitobain. Ainsi, à cette exception près, toutes les provinces sont représentées ici aujourd'hui.

J'aimerais tout d'abord signaler, monsieur le président, l'importance historique de notre rencontre d'aujourd'hui. À notre connaissance, c'est la première fois qu'un si grand nombre de gouvernements provinciaux comparaissent en même temps devant le Sénat pour discuter d'une question aussi importante que celle qui nous occupe. Nous savons que c'est un événement rare; si nous sommes ici aujourd'hui, c'est que nous étions impatients d'accepter votre gentille invitation et de débattre de la question qui nous intéresse avec le Sénat. Nous vous encourageons à y jeter un «second regard» avec l'auguste sagesse pour laquelle vous êtes réputés.

[Text]

We have some common major concerns—that is, concerns about the proposed legislation that matter to all the provinces. As you would expect because of the variety of regions in our country, we have specific concerns as provinces that are not common to all of us. Therein lies the nature of the problem.

One thing that is common in this matter is the history of health care in Canada. The Constitution says that, as provinces, our governments are responsible for delivering those health care and hospital services programs. We are proud of our record. I believe that collectively as Canadians we can point to one of the finest health care systems in the world and say that, collectively, we have used our resources and our talents and have delivered an excellent variety of programs and services.

We have said many times that that commitment is there for the future. We are committed to the principles of medicare; we are committed towards putting the largest percentage of our provincial budgets into health care services for our citizens; we are willing to work with the other partners that may be involved in continually improving the system. The preamble to the bill, I am sure you know, states that future improvements in health will require the co-operative partnership of governments, health professionals, voluntary organizations and individual Canadians. We are here, Mr. Chairman, because we do not think there has been a co-operative process used between the federal government and the provincial governments in the development of this legislation.

To put it very bluntly, we are concerned about the lack of consultation, looking over the three-year history of this bill. We are concerned about the enormity of the unilateral actions which have taken place and which affect our jurisdiction and our financing. We are concerned, naturally, about the intrusive features of the bill and are very worried about the cost implications.

What can we do, then, in the period and atmosphere of developing stress and frustration? Quite simply, we are asking honourable senators to consider recommending changes or amendments or repeals of various parts, if not all, of Bill C-3. We recognize the significance of that request, but at the present time we see no other course. This was a common message agreed to by a meeting of all of the health ministers that you see in this room as of this morning. That represents our current, common and united position, and we are here to present it to you to the best of our ability. I should like to conclude by thanking you again for the opportunity of introducing my colleagues, and I think they would now like, in a few minutes each, to present their particular government's point of view. Thank you.

The Chairman: Thank you very much, Mr. Russell. I would ask the Honourable Gerald Sheehy, Minister of Health for the Province of Nova Scotia, to address the committee.

[Traduction]

Nous partageons tous certaines préoccupations sur des aspects du projet de loi qui touchent toutes les provinces. En raison de la variété des régions qui forment notre pays, chaque province a, vous vous en doutez, des préoccupations que les autres ne partagent peut-être pas. D'où la nature même du problème.

Il suffit de se rappeler l'historique des soins médicaux du Canada. Aux termes de la Constitution, les gouvernements provinciaux sont responsables des programmes d'assurance-maladie et des services hospitaliers. Nous sommes fiers du travail que nous avons accompli à ce chapitre. A mon avis, le Canada dispose d'un des meilleurs systèmes de soins médicaux au monde, nous avons utilisé nos ressources et nos talents pour offrir une bonne variété de services et de programmes de soins de santé.

Nous avons dit à plusieurs reprises que cet engagement serait respecté et renouvelé. Nous nous sommes engagés à assurer un régime d'assurance-maladie et désirons affecter le plus fort pourcentage possible de nos budgets provinciaux à ce secteur. Nous sommes également disposés à travailler avec les autres parties afin d'améliorer sans cesse le système. Vous le savez sans aucun doute, le préambule du projet de loi précise que les améliorations futures dans le domaine de la santé nécessiteront la coopération des gouvernements, des professionnels de la santé, des organismes bénévoles et des citoyens canadiens. Nous sommes ici, monsieur le président, parce que nous ne croyons pas qu'il y a eu coopération entre les gouvernements fédéral et provinciaux au chapitre de l'élaboration de cette mesure législative.

Je ne mâcherai pas mes mots; nous nous préoccupons du manque de consultation qu'il y a eu au cours des trois dernières années au chapitre de la rédaction de ce projet de loi. Nous nous préoccupons de l'énormité des mesures qui ont été adoptées de façon unilatérale et qui influent sur un domaine dont nous sommes responsables et sur le financement s'y rattachant. Nous nous préoccupons, c'est tout naturel, de l'ingérence du gouvernement fédéral, qui se manifeste sous la forme de ce projet de loi, et des répercussions financières qui en découleront.

Que pouvons-nous faire dans un climat de tensions et de frustrations toujours croissantes? Nous demandons simplement aux sénateurs de recommander la modification ou même l'annulation de divers passages du projet de loi C-3, voire du document tout entier. Nous sommes parfaitement conscients de l'importance de notre demande, mais nous ne voyons pas d'autres solutions. C'est le message qui est ressorti d'une réunion à laquelle ont participé, ce matin, tous les ministres de la Santé qui sont ici présents. Il s'agit de notre position commune et nous sommes ici pour vous la présenter de la meilleure façon possible. J'aimerais en terminant vous remercier encore une fois de m'avoir offert l'occasion de présenter mes collègues; je crois qu'ils aimeraient maintenant prendre quelques instants, à tour de rôle, pour vous faire part de la position de leur gouvernement. Merci.

Le président: Merci beaucoup, Monsieur Russell. J'aimerais demander à l'honorable Gerald Sheehy, ministre de la Santé de la Nouvelle-Écosse, de prendre la parole.

[Text]

Hon. Gerald Sheehy, Minister of Health, Province of Nova Scotia: Thank you very much, Mr. Chairman. Honourable senators, on behalf of the Government of Nova Scotia, I would first like to express our appreciation to the Senate committee for the opportunity to present some brief comments pertaining to the Canada health act.

There has been a great deal of confusion, uncertainty and controversy surrounding this bill. In my opinion this has been precipitated by the lack of co-operative dialogue between the federal government and the provinces, an all-too-frequent occurrence in recent years. I believe the time has long since passed for a return to federal-provincial co-operation, rather than confrontation. It bears repeating that the provision of health services is a provincial matter, and we welcome and appreciate federal financial assistance. Nova Scotia is always prepared to provide appropriate recognition for federal-provincial contributions to our hospital and medical care programs.

There appears to be a sense of urgency surrounding the purported need for a new Canada Health act, and there is some suspicion that this urgency is precipitated by political considerations rather than by a crisis in our medical care system. I firmly maintain that there is no health care crisis in the province of Nova Scotia, and I seriously question the need for a Canada health act at this time. The bill, as it is now, will do little, if anything, to improve the quality or range of health services available to Nova Scotians and may indeed lead to some major difficulties. I believe that a great disservice has been done to the Canadian people by alarmists and opportunists who suggest that our health care system is in a crisis situation.

Mr. Chairman, I refer to the activities of Coalition for Health, funded by the federal department a few months ago, who continually raised the question in Nova Scotia of the impending use of user fees in our hospitals—when, indeed, the premier of our province and I had been before the press on more than one occasion stating emphatically that there will not be user fees in our hospitals in Nova Scotia while this government is in office. Nevertheless the coalition continued to do that, and it has taken many, many hours of my time to deal with concerned citizens, especially senior citizens who worry and become concerned, because health care is one of the top concerns of our senior citizens. I am still having meetings with them to tell them that, indeed, there will be no user fees of any kind attached to our hospital programs.

Over the years, we have been fortunate in maintaining an excellent working relationship with our professional societies in Nova Scotia. This spirit of partnership resulted from the adoption of an attitude of consultation and co-operation; and while we have not always agreed on various topics, we have managed to resolve our differences using the above approach. We need but look at the experience of other countries to gain

[Traduction]

L'honorable Gerald Sheehy, ministre de la Santé, province de la Nouvelle-Écosse: Merci beaucoup, Monsieur le président. Honorables sénateurs, au nom du gouvernement de la Nouvelle-Écosse, j'aimerais tout d'abord remercier le Comité sénatorial de nous avoir donné l'occasion de présenter quelques brefs commentaires sur la Loi canadienne sur la santé.

Ce projet de loi a été entouré de beaucoup de confusion et d'incertitude et a provoqué de vives controverses. A mon avis, cette situation découle d'un manque de coopération entre le gouvernement fédéral et les provinces, ce qui s'est produit beaucoup trop souvent au cours des dernières années. Je crois qu'il y a déjà un bon moment qu'on aurait dû revenir à la coopération entre les deux paliers de gouvernement plutôt qu'à un régime de confrontation. Il serait bon de rappeler que les services de santé relèvent des provinces, mais aussi que nous apprécions l'aide financière que nous accorde le fédéral dans ce domaine. La Nouvelle-Écosse est toujours prête à reconnaître l'apport du fédéral à ses programmes de soins hospitaliers et d'assurance-maladie.

On semble vouloir s'empresse d'adopter la nouvelle Loi canadienne sur la santé sous prétexte qu'elle répondra à un besoin, certains croient cependant que ce caractère d'urgence s'explique davantage par des préoccupations politiques que par une crise au sein de notre système d'assurance-maladie. Je soutiens fermement qu'il n'y a pas de crise au sein du système en Nouvelle-Écosse, et je mets sérieusement en doute le besoin d'adopter une loi à cet égard en ce moment. Le projet de loi, sous son libellé actuel, ne fera pour ainsi dire rien, pour améliorer la qualité ou la gamme des services offerts aux résidents de la Nouvelle-Écosse; il pourrait même entraîner de graves problèmes. Je crois que les alarmistes et les opportunistes qui donnent à entendre qu'il existe un état de crise au sein du système de soins médicaux rendent un mauvais service aux Canadiens.

Monsieur le président, je fais allusion aux activités de la Coalition canadienne de la santé, mise sur pied il y a quelques mois par le ministère fédéral et qui soulève continuellement, en Nouvelle-Écosse, des questions sur l'utilisation imminente de frais modérateurs dans nos hôpitaux alors que, de fait, notre Premier ministre et moi-même avons déclaré ouvertement aux médias à plus d'une occasion que les hôpitaux de notre province n'auraient pas recours aux frais modérateurs tant que notre gouvernement serait au pouvoir. Néanmoins, la coalition a continué à tenir ces propos, et il m'a fallu de nombreuses heures pour calmer les préoccupations des citoyens, particulièrement des personnes âgées pour qui la question des soins médicaux revêt une importance cruciale. Je les rencontre encore pour leur assurer qu'aucuns frais modérateur ne seront imposés dans le cadre de notre programme hospitalier.

Au fil des ans, nous avons réussi à entretenir d'excellents rapports avec nos associations professionnelles en Nouvelle-Écosse. Cela est dû au fait que nous sommes disposés à les consulter et à coopérer avec elles; bien que nous ne nous soyons pas toujours entendus sur diverses questions, nous avons réussi à résoudre nos différends grâce à notre attitude positive. Il suffit de regarder l'expérience qu'ont connue d'autres pays

[Text]

some insight into the resulting problems which were precipitated by misguided government intervention in the health sector.

As noted previously, it has been suggested that the Canada health act resulted more from political concerns than from a desire to provide a framework for continued improvement in the health services available to Canadians.

Indeed, if the government is sincere in its intention, the bill should have addressed the recommendation made by Justice Hall for additional financial assistance for the Atlantic region. Justice Hall's recommendation encompassed the major concern of Nova Scotia, that is, our ability to finance an increasing share of hospital and medical care insurance costs, particularly in view of the declining federal commitment to finance medicare.

In their wisdom, the Fathers of Confederation left the area of health care as a responsibility of the individual provinces. The Canadian Confederation is made up of distinct regions, whose approach to the provision of health care services is tempered by the cultural, geographic, financial, and indeed the political wishes of its people. While I fully support the principles of medical care and the need for a broad agreement on these principles, I am just as firmly convinced that the detailed administration of our hospital and medical care insurance programs should be left to the provinces.

I could go on at great length regarding the details of the bill, but I am sure that by now you have heard most of the objections, and at this time I will merely limit my comments to clause 12. I believe it is entirely inappropriate for the federal government to dictate the methods whereby "reasonable compensation" is determined in a particular provincial jurisdiction. I appreciate that differing interpretations have been placed on clause 12, and a good deal of misunderstanding has ensued. I suggest that in order to avoid the confusion and misunderstanding, subclause 12(2) be removed in total from the bill.

In closing, I would like to thank the committee for the opportunity to present the views of the Province of Nova Scotia, and respectfully request that you give very serious consideration to the views presented by those of us who are responsible for policy and administration of one of the world's best health care systems. Thank you very much.

The Chairman: Thank you very much, Mr. Minister. I will now call on the Honourable Charles Gallagher, Minister of Health for the Province of New Brunswick.

Hon. Charles Gallagher, Minister of Health, Province of New Brunswick: Mr. Chairman, honourable senators, I do appreciate this opportunity of being able to meet with you to put a few of the concerns of New Brunswick before this committee. It is most unfortunate that we find ourselves in this

[Traduction]

pour comprendre les problèmes qui sont entraînés par l'intervention peu judicieuse d'un gouvernement dans le secteur de la santé.

Comme on l'a fait remarquer un peu plus tôt, certains laissent entendre que la Loi canadienne sur la santé est plus probablement le résultat de préoccupations politiques que d'un désir d'établir une structure qui faciliterait l'amélioration continue des services de santé offerts aux Canadiens.

En effet, si le gouvernement a bel et bien les intentions qu'il soutient avoir, le projet de loi devrait comprendre la recommandation formulée par le juge Hall relativement à la prestation d'une aide financière accrue aux provinces de l'Atlantique. La recommandation de M. Hall reflétait la principale préoccupation de la Nouvelle-Écosse, soit son aptitude à financer une part toujours croissante des coûts d'assurance des services médicaux et hospitaliers, particulièrement compte tenu d'un engagement toujours moins grand du fédéral à ce chapitre.

Dans leur sagesse, des Pères de la Confédération ont décidé que les soins médicaux relèveraient des provinces. La Confédération canadienne est formée de régions distinctes dont la façon d'aborder l'offre de soins médicaux est tempérée par les désirs culturels, géographiques, financiers et même politiques des résidents. J'appuie pleinement les principes de l'assurance-maladie et je reconnais l'opportunité de conclure une entente générale à cet égard, mais je suis tout aussi convaincu que l'administration de nos programmes de soins hospitaliers et d'assurance-maladie devrait revenir intégralement aux provinces.

Je pourrais parler longuement des dispositions du projet de loi, mais je suis persuadé que vous avez déjà entendu la majorité des objections formulées; et je contenterai simplement, pour l'instant, de dire quelques mots sur l'article 12. Je crois qu'il est tout à fait inapproprié que le gouvernement fédéral impose les méthodes en fonction desquelles on déterminera une «rémunération raisonnable» pour un domaine qui relève des provinces. Je sais que tous n'interprètent pas l'article 12 de la même façon et qu'il y a eu certains malentendus. Je propose donc, afin d'éviter la confusion et les malentendus, de supprimer complètement le paragraphe 12(2) du projet de loi.

Pour terminer, j'aimerais remercier le Comité de m'avoir donné l'occasion de faire connaître la position de la Nouvelle-Écosse, et j'aimerais vous demander, respectueusement, d'étudier sérieusement les opinions présentées par ceux d'entre nous qui sont responsables de la formulation de politiques en matière de santé et de l'administration d'un des meilleurs systèmes de santé au monde. Merci beaucoup.

Le président: Merci, beaucoup, monsieur le Ministre. Je demanderai maintenant à l'honorable Charles Gallagher, ministre de la Santé de la province du Nouveau-Brunswick, de prendre la parole.

L'honorable Charles Gallagher, ministre de la Santé, province du Nouveau-Brunswick: Monsieur le président, honorables sénateurs, je suis heureux d'avoir l'occasion de vous rencontrer pour vous faire connaître quelques-unes des préoccupations du Nouveau-Brunswick. Il est malheureux que nous

[Text]

position at the final stages of Bill C-3's progress through Parliament. I would like to register my position that it would have been far more beneficial to the content of the bill and to Canadians generally to have the provinces contribute to a consultative process in a proactive manner rather than to react, as we are, to the proposed bill and its many amendments.

I was interested to see that Mme. Bégin has called for a national conference on health care this coming fall. If it is indeed unfortunate that that conference could not have preceded the introduction of Bill C-3. It does, however, call to mind an earlier claim of Mme. Bégin, that her purpose in proposing Bill C-3 was threefold: first: to consolidate existing legislation; second: to eliminate user fees; and third: to eliminate extra billing.

If, in fact, Bill C-3 is to become law despite the provinces' many concerns, I feel it is essential that the original version of Bill C-3, and the amendments introduced to deal with some of the provinces' concerns, be the one to go forward. Any other objectives should be left until an opportunity has been provided to discuss the entire health system. In this context there are three main items I do not believe should exist in the current bill C-3. Those are as follows:

First: In section 2 the definition of health care practitioner, and, in section 9 the expansion to include an identification of who provides the service.

Second: In section 12(1)(c) use of the word "all".

Third: The introduction of section 12(2) regarding conciliation and binding arbitrations.

The expectation that direct service delivery will be available from health professionals in addition to doctors is part of a much larger question. This question focuses on: "How will Canada's health care system look and function 10 to 20 years from now to deliver necessary health services to all Canadians at a price and on conditions that are acceptable to Canadians?" To introduce this type of amendment without first considering the health system as a whole is irresponsible. Let amendments such as this follow any relevant national health conference recommendations. The potential exists for the conference to be a very positive effort to develop the framework for a progressive Canadian health system. As legislators, we must be prepared to listen to the will of the people. Substantive changes to the health system should follow that will, not try to dictate to it.

The use of the word "all" in section 12(1)(c) appears to prevent the provinces from using a particular management technique: that of restricting the number of physicians who may bill the provincial plan. This technique is intended to allow provinces to control the supply and distribution of physicians to a certain extent to ensure equitable services for all

[Traduction]

nous trouvions que cela ne se produise que lors des dernières étapes de l'acheminement du projet de loi C-3 au Parlement. J'aimerais vous dire que je crois qu'il aurait été beaucoup plus avantageux, au chapitre du contenu du projet de loi en soi et pour le bien-être des Canadiens, que les provinces participent à un processus de consultation au chapitre de la formulation du projet de loi au lieu d'y réagir, comme c'est le cas maintenant, une fois que le projet de loi a été formulé et qu'on y propose des modifications.

J'ai été intéressé de noter que M^{me} Bégin avait convoqué une conférence nationale sur la santé pour l'automne. Il est malheureux que cette conférence n'ait pas précédé la présentation du projet de loi C-3. Cependant, cela me rappelle une déclaration qu'a faite M^{me} Bégin au moment d'annoncer qu'elle visait trois grands objectifs par le projet de loi C-3: premièrement, refondre les lois existantes, deuxièmement, supprimer les frais modérateurs et troisièmement, abolir la surfacturation.

Si, de fait, le projet de loi C-3 est adopté malgré les nombreuses préoccupations exprimées par les provinces, je crois qu'il est indispensable que la nouvelle loi soit constituée de la version initiale du projet de loi C-3 et des amendements qui y ont été apportés afin de tenir compte des préoccupations des provinces. Tous les autres objectifs devraient être laissés de côté tant qu'on n'aura pas eu l'occasion de discuter de l'ensemble du système. À cet égard, il y a trois principaux points qui, selon moi, ne devraient pas apparaître dans le projet de loi C-3 actuel.

Premièrement: À l'article 2, la définition de l'expression «professionnel de la santé» et à l'article 9, l'identification de ceux qui sont autorisés à assurer les services.

Deuxièmement: À l'alinéa 12(1)c), l'utilisation de l'expression «de tous les».

Troisièmement: L'introduction du paragraphe 12(2) concernant la conciliation et l'arbitrage obligatoire.

L'espoir que les professionnels de la santé viendront s'ajouter aux médecins pour offrir directement des services fait partie d'une question encore plus vaste: «Que sera le régime d'assurance-maladie au Canada dans dix ou vingt ans et comment pourra-t-il assurer la prestation des services de santé nécessaires à tous les Canadiens, à un prix et à des conditions qui leur soient acceptables?» C'est faire preuve d'irresponsabilité que d'introduire ce type d'amendement sans d'abord étudier le système des soins de santé dans son ensemble. Des amendements de ce genre devraient faire suite à des recommandations découlant d'une conférence nationale sur la santé. La tenue d'une telle conférence pourrait contribuer très positivement à l'élaboration d'un régime d'assurance-maladie progressiste. En tant que législateurs, nous devons être prêts à respecter la volonté du peuple, et tout changement important apporté au régime d'assurance-maladie devrait refléter cette volonté et non chercher à l'orienter.

L'utilisation de l'expression «de tous les» à l'alinéa 12(1)c) semble empêcher les provinces de recourir à la technique de gestion qui les habiliterait à restreindre le nombre de médecins qui peuvent facturer le régime provincial. Cette technique vise à permettre aux provinces de contrôler, dans une certaine mesure, la quantité et la répartition des médecins et ce pour

[Text]

citizens. Section 12 in its original form raised many objections and in its amended form raises even more. This province, and others, have many times expressed concern with the clause "reasonable compensation" for physicians, as this is a matter of direct negotiation between the provinces and physicians.

The introduction of clause 12(2) regarding conciliation, binding arbitration and federal directions for provincial legislatures regarding what provinces are allowed to do in an area which constitutionally is their responsibility is unacceptable.

The proposition, that the clause is supposedly optional and is only one of the ways to satisfy the criteria respecting accessibility in respect to compensation according to section 12(1)(c), is debatable. The practical result is that it will be viewed and used as though it were the only way to resolve disputes. Physicians and dentists are currently able to exert very significant pressures for their points of view. The prohibition of extra billing does not necessarily imply that binding arbitration must be substituted. An amendment of such significance should await an overall review of the Canadian health care system and a full discussion by all parties concerned.

In summary, I clearly do not share Mme. Bégin's sense of urgency about the need to introduce a Canada health act. If however, it is to proceed, it must be in its original form with those amendments brought forward by the provinces. To do otherwise and to allow substantive amendments without considering the health care system as a whole will seriously disrupt the existing system and could introduce long range effects that may not be in the best interests of Canadians. A national health conference, which will allow for the issues of real concern to be addressed and allow the charting of new directions for the future of Canadian health care, should first proceed. Provincial Ministers of Health must, of course, be key players in any such exercise. Changes required may then be made within the context of an overall Canadian health care plan intended to serve Canadians over the long-term. I thank you for this opportunity to present my views, Mr. Chairman.

The Chairman: Thank you, Mr. Minister, for those remarks. I will now call on the Honourable Keith Norton, Minister of Health for the Province of Ontario.

Hon. Keith Norton, Minister of Health, Province of Ontario: Thank you very much, Mr. Chairman and honourable senators. I might say at the outset that the remarks I intend to make will be somewhat abridged from the version you might have before you in writing, just in case you think I have strayed completely. I am doing that in the interests of conserving time, since I am sure there will be questions that you might wish to direct to those of us making presentations this afternoon.

[Traduction]

assurer des services équitables à tous les citoyens. Si l'article 12 soulevait de nombreuses objections sous sa forme originale, il en soulève davantage encore sous sa forme modifiée. Cette province et d'autres ont fait part à nombre d'occasion de craintes à l'égard de la «rémunération raisonnable» des médecins, étant donné qu'il s'agit d'une question de négociation directe entre la province et ses médecins.

Le paragraphe 12(2) concernant la conciliation, l'arbitrage obligatoire ainsi que les directives fédérales destinées aux assemblées législatives des provinces et exposant les droits de ces dernières dans un domaine qui, aux termes de la Constitution, relève de leur compétence est inacceptable.

On peut contester le fait que l'article soit censément facultatif et ne constitue qu'un des moyens de satisfaire le critère de l'accessibilité en ce qui a trait à la rémunération, énoncé à l'alinéa 12(1)c). Il en résultera qu'il sera considéré et utilisé comme s'il s'agissait du seul moyen de régler les différends. Les médecins et les dentistes sont à l'heure actuelle en mesure d'exercer de très grandes pressions pour faire valoir leurs points de vue. La suppression de la surfacturation ne signifie pas nécessairement que l'arbitrage obligatoire doit être remplacé par autre chose. Avant de présenter un amendement de cette importance, il faudrait procéder à une étude complète du régime d'assurance-maladie du Canada et consulter toutes les parties en cause.

Bref, je ne suis pas du tout d'accord avec M^{me} Bégin lorsqu'elle dit qu'il est urgent d'adopter la Loi canadienne sur la santé. Toutefois, si la loi doit être adoptée, il faut qu'elle le soit dans sa version initiale à laquelle les amendements proposés par les provinces auront été intégrés. En procédant autrement et en apportant des amendements importants qui ne tiennent pas compte du régime d'assurance-maladie dans son ensemble, on perturbera sérieusement le système actuel, ce qui, à long terme, pourrait être préjudiciable aux Canadiens. Il faudrait en premier lieu organiser une conférence nationale sur la santé dans le cadre de laquelle il sera possible d'étudier les questions qui posent de véritables difficultés et de tracer de nouvelles orientations pour la prestation des soins de santé au Canada. Il va sans dire que les ministres de la Santé des provinces devront y jouer un rôle de premier plan. C'est alors seulement qu'on pourra apporter les changements nécessaires au régime national d'assurance-maladie conçu pour servir, à long terme, tous les Canadiens. Je vous remercie, monsieur le président, de l'occasion que vous m'avez offerte d'exposer mes vues.

Le président: Nous vous remercions, monsieur le ministre, de vos remarques. Je passe maintenant la parole à l'honorable Keith Norton, ministre de la Santé de l'Ontario.

L'honorable Keith Norton, ministre de la Santé, province de l'Ontario: Merci beaucoup, monsieur le président et honorables sénateurs. D'entrée de jeu je vous préciserai que les remarques que j'ai l'intention de faire sont en quelque sorte un résumé du texte que vous avez peut-être sous les yeux, au cas où vous auriez l'impression que je m'éloigne du sujet. Je fais cela pour épargner du temps, étant donné que vous aurez sûrement des questions à poser à ceux d'entre nous qui font des exposés cet après-midi.

[Text]

I have said for the public record that the proposed Canada health act as originally drafted is essentially a fiscal transfer bill, one which addresses the matter of health care funding but only from the federal perspective. The legislation specifies the terms of the new funding arrangements between our two levels of government, and details fairly explicitly what conditions and penalties will be imposed on those having management responsibility for the delivery of health care services—in other words, the provinces. As it moved through the committee process, several important amendments were made to the legislation, amendments which represent an even broader federal incursion into our provincial health care systems—and, I might say, even beyond that into the area of labour relations—amendments which I am convinced will now severely constrict provincial capability and flexibility to manage the health care system effectively.

I would like to deal with two of these amendments. A proposed amendment to clause 12 of the bill purports to set out conditions under which reasonable compensation for insured health services will be met by the provinces. It provides that procedures for conciliation or binding arbitration be used to settle any compensation disputes which may arise between a province and its medical practitioners. When advised about this amendment, I immediately communicated with the federal Minister of Health and advised her in the strongest possible terms that this amendment represented a gross intrusion into the jurisdiction of the provinces in the administration of health care and in the way in which it would relate to the medical profession within the province. I pointed out that, once again, a provision to the proposed Canada health act had been introduced without any real or constructive consultation with us.

I believe it is important for the members of this committee to realize that this amendment contradicts an understanding given me by Madame Bégin at a meeting I held with her in Toronto on January 13 of this year. At that time, I expressed the concerns that we in the province of Ontario had with respect to the then clause 12 of the bill. She indicated to me that she was prepared to seek a more neutral approach with respect to the language in clause 12 as it was originally drafted.

Federal government spokesmen have since been quoted as saying that the binding arbitration is intended to serve only as a model and that the provinces need not resort to it unless they so wish. If the amendment is intended to serve only as an option, or model, then why is it detailed in the legislation in the first place? By no means is this a general interpretation. I would point out that that is not the interpretation placed upon it by Mr. Justice Emmett Hall in a statement, or speech, he made in Edmonton on Saturday of last week. He was quoted at that time as having said that the revision of the proposed Canada health act will save medical care by imposing binding arbitration in fee disputes with doctors. He went on to say further that provinces which do not permit arbitration will be subject to federal financial penalties and it will take an act of the provincial legislature to impose a fee settlement on the

[Traduction]

J'ai dit ouvertement que dans sa forme originale, le projet de loi sur la santé, n'est qu'un projet de loi de transfert fiscal, un projet de loi qui traite de la question du financement des soins de santé, mais du seul point de vue du gouvernement fédéral. On y précise les modalités des nouveaux accords de financement entre nos deux paliers de gouvernement et on y expose en termes assez explicites les conditions et les peines prévues pour les responsables de la gestion de la prestation des services de santé, c'est-à-dire les provinces. Dans le cadre de l'étude en comité, plusieurs amendements importants ont été apportés au projet de loi, amendements qui représentent une ingérence encore plus grande de la part du gouvernement fédéral dans les régimes d'assurance-maladie des provinces et, permettez-moi de dire, encore plus importante dans le domaine des relations de travail. Ces amendements, j'en suis convaincu, généreront énormément les provinces qui ne pourront désormais gérer avec souplesse et efficacité leur régime d'assurance-maladie.

J'aimerais parler de deux d'entre eux. Un amendement proposé à l'article 12 du projet de loi prétend exposer les conditions dans lesquelles les provinces offriront une rémunération raisonnable pour les services de santé assurés. L'article prévoit le recours à la conciliation ou à l'arbitrage obligatoire pour régler tout différend qui, en matière de rémunération, peut opposer une province à ses médecins. Lorsqu'on m'a fait part de cet amendement, j'ai communiqué immédiatement avec la ministre fédérale de la Santé et je lui ai signalé en termes non équivoques que l'amendement constituait une grave ingérence dans les affaires des provinces, soit l'administration des soins de santé. Je lui ai également parlé des répercussions qu'il aurait sur la profession médicale dans la province. J'ai souligné, une fois de plus, qu'une modification à la Loi canadienne sur la santé avait à nouveau été présentée sans qu'il y ait eu de consultations réelles ou constructives.

Je crois qu'il est important que les membres de ce Comité se rendent compte que cet amendement vient en fait contredire l'engagement que m'avait donné M^{me} Bégin lorsque je l'ai rencontrée à Toronto le 13 janvier dernier. Je lui avais alors dit que l'Ontario exprimait des craintes à l'égard de l'article 12 du projet de loi tel qu'il se présentait alors, ce à quoi elle m'a répondu qu'elle était disposée à tenter de le formuler de façon plus neutre.

On a depuis cité des porte-parole du gouvernement fédéral qui auraient déclaré que l'arbitrage obligatoire est destiné à servir uniquement de modèle et que les provinces ne sont pas tenues d'y recourir. Si tel est le cas, pourquoi en donne-t-on une description détaillée dans le projet de loi? Il ne s'agit pas le moins du monde d'une interprétation générale. Je souligne d'ailleurs que ce n'est pas l'interprétation qu'en a donnée le juge Emmett Hall dans la déclaration ou le discours qu'il a fait à Edmonton samedi dernier. Il aurait dit, d'après les journalistes, que la révision du projet de loi sur la santé sauvera les soins de santé en imposant l'arbitrage obligatoire lors des différends concernant la rémunération. Il a poursuivi en déclarant que les provinces qui n'autorisaient pas l'arbitrage se verraient imposer des amendes par le gouvernement fédéral et que l'assemblée législative provinciale devrait voter une loi

[Text]

doctors. I cannot attest to the precise accuracy of that quote since it was reported in the media and I have no other way of confirming it. I would suggest that any province which wishes to use binding arbitration in its compensation negotiations with medical practitioners is already free to do so. It is able to work out the terms and conditions for such a process with its medical practitioners, should both sides decide to move toward this type of settlement.

The federal suggestion that this amendment would allow the provinces to reverse or overturn a binding arbitration decision through an act of provincial legislature is similarly unnecessary and, more to the point, unworkable. I am sure that every member of this committee can easily imagine the negative result that would ensue from this type of legislative action. I suggest to members of this committee that it would be divisive, destructive and demoralizing for the system. It would be bound to create new hostilities and antipathies in an already complex negotiation process. Therefore, its potential for being able to undermine the maintenance and operation of health care services within the borders of any provinces cannot be underestimated.

A second amendment which I wish to draw to the attention of the committee is found in clause 2 of the bill. This amendment expands the definition of insured hospital services to include not only those which are medically necessary for the diagnosing or treating of an injury, illness or disability, but also those which are related to the maintenance of health and disease prevention. My particular concern relates to the fact that those areas of service within the province of Ontario are already being provided by a provincial-wide organization that we have in place, through our local health units. The amendment clearly reflects a lack of understanding on the part of the members of Parliament of the health care system in the way it functions within the province. I would point out that the amendment was included without consultation with us. If we must comply with it, it could lead to our duplicating hospital services which we are now providing and planning to expand through another delivery system, the local health units.

Mr. Chairman, we have consistently argued that any expansions to the definition of insured services should be matched by appropriate funding increases from the federal government. In fact, the reverse has happened. Ottawa has already acted in the vital area of health care financing, by moving away from an earlier commitment to revenue guarantees under the Established Program Financing Arrangement. This will mean a total loss to the provinces of more than \$5 billion over a five year period. Ontario is absorbing a loss of \$1.7 billion in funding with a net loss in health care alone of \$1.2 billion. Between 1979-80 and 1983-84, our calculations show that the federal share of Ontario health care financing has fallen from just over 49 per cent to approximately 41 per cent. To introduce health maintenance and disease prevention concepts into the health care legislation represents a considerable expansion of the definition of insured hospital services. It is certain to have a major impact on our utilization patterns and,

[Traduction]

pour imposer aux médecins un règlement de tout différend concernant la rémunération. Je ne puis garantir la justesse de ces propos, étant donné qu'ils ont été rapportés par les médias, et je n'ai pas d'autres moyens de les confirmer. Mais je ferai valoir que toute province est déjà libre de recourir à l'arbitrage obligatoire pour négocier la question de la rémunération avec les médecins. Une province peut établir les modalités d'un tel processus avec ses médecins, si les deux parties conviennent d'opter pour cette solution.

La théorie avancée par le gouvernement fédéral, voulant que cet amendement autorise les provinces, par le biais d'une loi votée par une assemblée législative provinciale, à renverser une décision découlant d'un arbitrage obligatoire, est superflue, voire inapplicable. Je suis convaincu que tous les membres de ce Comité peuvent facilement prévoir l'effet négatif que pourrait avoir ce genre de mesure législative: division, destruction et découragement au sein du système. Pareille mesure ne ferait que créer de nouvelles hostilités et antipathies dans un processus de négociation déjà complexe. Il ne faut donc pas sous-estimer la possibilité qu'elle nuise au maintien et au fonctionnement des services de santé à l'intérieur des limites de n'importe quelle province.

J'aimerais attirer l'attention du Comité sur un deuxième amendement qui se trouve à l'article 2 du projet de loi. Cet amendement élargit la définition des services hospitaliers assurés afin d'y inclure non seulement ceux qui sont médicalement nécessaires pour le diagnostic ou le traitement des blessures, maladies ou invalidité, mais également ceux qui ont trait au maintien de la santé et à la prévention des maladies. Je m'en inquiète particulièrement du fait que ces services sont déjà assurés en Ontario par une organisation d'envergure provinciale déjà en place, soit nos centres d'hygiène locaux. Cet amendement traduit l'incompréhension, de la part des députés, du fonctionnement du régime d'assurance-maladie. Je souligne d'ailleurs que l'amendement a été inclus sans que nous ayons été consultés. En fait, si nous devons nous conformer à cette disposition, nous pourrions être obligés d'assurer des services que nous offrons déjà et que nous prévoyons développer par le biais d'un autre système, celui des centres locaux d'hygiène.

Monsieur le président, nous avons toujours dit que tout l'élargissement de la définition des services assurés devrait être accompagné d'une hausse appropriée des crédits versés par le gouvernement fédéral. Or, c'est le contraire qui se produit. Ottawa a déjà agi dans le domaine vital du financement des soins de santé en se dégageant d'un engagement pris à l'égard de la garantie des recettes dans le cadre des accords fiscaux pour les programmes établis. Cela se traduira pour les provinces par une perte totale de quelque 5 milliards de dollars sur une période de cinq ans. L'Ontario absorbe une perte de 1,7 milliard de dollars, soit une perte nette dans le seul domaine des soins de santé de 1,2 milliards de dollars. Entre 1979-1980 et 1983-1984, selon nos calculs, la part fédérale, en ce qui a trait au financement des soins de santé en Ontario, est passée d'un peu plus de 49 p. 100 à environ 41 p. 100. L'introduction, dans la Loi sur la santé, des concepts de maintien de la santé et de prévention des maladies élargit considérablement la défini-

[Text]

therefore, the impact on our health care costs could be enormous.

In Ontario, we recognize that the concepts of health promotion and disease prevention are essential ones, and ones which must now evolve within our health care system if we are to meet our future needs and service demands. We are about to proclaim, and, in fact, will be doing so this spring, a new public health act which will be called the "Health Protection and Promotion Act", which, among other things, will establish uniform levels of core public health services throughout the province. Similarly, we have also proclaimed the Immunization of School Pupils Act. Under this legislation, immunization of Ontario school children against six of the most common communicable diseases is now compulsory. Both these pieces of legislation represent a new direction in health care which is well under way in our province. Health protection and disease prevention are two priorities to which we are committed and which we intend to pursue. However, we can only move as quickly in this area as our resources will allow. We must preserve balance and equilibrium within the system through the provision of a broad range of health care services.

Therefore, I strongly protest this new federal demand for expanded insured services—a demand being imposed in a period when federal health care funding is in decline.

Mr. Chairman, under the constitution, as my colleagues have indicated, health care delivery is clearly a provincial responsibility. While Ontario recognizes the federal role in formulating national standards and health care funding, we see nothing beneficial in a gradual federal encroachment into the delivery of services, the design of programs or the choice of financing methods.

Our country already has one of the finest health care systems in the world. Surely, after nearly 20 years of experience with medicare we have more collective wisdom than to believe that the threats to our health care system are items such as extra billing and user fees. Without question, these are matters needing attention. I am convinced, however, that the provinces have every capability of dealing with them within their own context and experience.

Ontario does not support and does not intend to impose user fees that deter access to necessary health services. However, we are not prepared to accept the assumption that limited user fees, by definition, constitute such barriers. In extra billing, as well, we believe the provincial government should be the principal arbiter.

Since the beginning of the medicare system, physicians in Ontario have had the right to opt out of the Ontario Health Insurance Plan and bill their patients directly, provided that

[Traduction]

tion des services hospitaliers assurés. Cela aura assurément des répercussions importantes sur nos modèles d'utilisation, ce qui pourrait entraîner des augmentations faramineuses des coûts de nos services de santé.

En Ontario, nous reconnaissons que les concepts de promotion de la santé et de prévention des maladies sont essentiels et qu'ils doivent être intégrés à notre régime d'assurance-maladie si nous voulons répondre aux besoins et aux demandes futurs en services. Nous sommes sur le point de proclamer—nous le ferons en fait, ce printemps-ci—une nouvelle loi sur la santé publique qui s'intitulera *Health Protection and Promotion Act* et qui établira notamment les niveaux uniformes de services essentiels de santé publique dans toute la province. De même, nous avons également proclamé la Loi de 1982 sur l'immunisation des élèves, qui rend obligatoire l'immunisation des élèves ontariens contre six des maladies contagieuses les plus communes. Ces deux mesures législatives traduisent la nouvelle orientation suivie par notre province dans le domaine des soins de santé. La protection de la santé et la prévention des maladies sont deux priorités que nous nous sommes fixées et que nous avons l'intention de respecter. Nos progrès dans ce domaine sont toutefois limités par la disponibilité des ressources. Nous devons tenter de maintenir l'équilibre au sein du système en offrant une vaste gamme de services de soins de santé.

Je m'oppose donc fermement à cette nouvelle demande du gouvernement fédéral d'étendre les services assurés—demande qui nous est imposée alors que le gouvernement fédéral lui-même nous accorde moins de crédits de financement.

Monsieur le président, en vertu de la Constitution, la prestation des soins de santé relève nettement des provinces, ainsi que mes collègues l'ont signalé. Bien que l'Ontario reconnaisse le rôle du gouvernement fédéral en matière de formulation de normes nationales et de financement des soins de santé, nous ne voyons aucun avantage à ce que le gouvernement fédéral s'ingère graduellement dans la prestation des services, la conception des programmes ou le choix des méthodes de financement.

Notre pays possède déjà un des meilleurs régimes d'assurance-maladie au monde. Maintenant que nous avons acquis près de vingt ans d'expérience, nous n'allons tout de même pas croire que notre régime d'assurance-maladie est menacé par des éléments comme la surfacturation et les frais modérateurs. Il n'y a pas de doute que ces questions doivent être étudiées. Je suis convaincu, toutefois, que les provinces sont en mesure de les régler dans leur propre contexte et selon leur propre expérience.

L'Ontario n'appuie pas l'imposition de frais modérateurs qui privent certains usagers de services nécessaires et n'a pas l'intention non plus d'approuver cette méthode. Nous ne sommes toutefois pas disposés à accepter la supposition voulant que l'imposition de frais modérateurs limités, pose forcément un tel obstacle. En ce qui a trait à la surfacturation, nous croyons que le gouvernement provincial devrait être le principal arbitre.

Depuis que le régime est en place, les médecins de l'Ontario ont eu le droit de s'en désaffilier et de facturer directement les malades, pourvu que cela n'empêche pas ces derniers d'obtenir

[Text]

does not deter patients from seeking and obtaining necessary medical care. We accept that this option is an important one even to those physicians who participate in the plan, and that for many, it is a symbolic right and principle.

Provincial flexibility in these areas is more than a constitutional nicety; it is essential to maintaining the quality of care. For example, the provision of land and air ambulance services in northern Ontario to remote communities, the operation and maintenance of our psychiatric hospitals, and our drug benefit programs for the elderly and low income families, are not part of the comprehensive services that Ottawa funds at all, but are clearly health care services the people of Ontario expect. We pay for those services entirely out of provincial revenues, and the amount now approaches \$1 billion annually.

Mr. Chairman, if this legislation passes and we are further compressed in terms of the availability of funding, I am not sure whether the intention is that we start cutting back on those enriched programs which we are already providing in the Province of Ontario in order to try to comply with the new requirements being placed upon us by this legislation. If it is passed as amended, and proceeds without due regard for provincial integrity and the management of our health care services, I am convinced that the health care system will not have been improved. In my opinion it will have been eroded; and we will have missed the very important opportunity to shape and guide our health care system for years to come, an opportunity that I believe is within our grasp if a proper and appropriate consultative approach is taken to this issue.

Honourable senators, I would urge that you reflect upon this legislation and give it the sober, second thought that I do believe it deserves and ensure that this legislation does not become disruptive to the health care system in this country or undermine the quality of health care, as I believe it threatens to do.

The Chairman: Thank you, Mr. Norton. I now call upon the Honourable Pierre Marc Johnson, Minister of Intergovernmental Affairs, Province of Quebec.

L'honorable Pierre-Marc Johnson, ministre délégué aux affaires intergouvernementales canadiennes, province de Québec: Merci, monsieur le président. Mes remarques également seront quelque peu abrégées du texte que vous avez reçu. Le 21 février dernier, monsieur le président, messieurs et mesdames les sénateurs, le gouvernement du Québec se rendait devant le comité permanent de la Chambre des communes sur la santé, le bien-être social et les affaires sociales. La délégation québécoise était alors composée, en plus des représentants du gouvernement et des hauts fonctionnaires, d'un groupe de 36 personnes émanant de l'administration, de la planification et de la fourniture des services, de l'orientation et des consommateurs de soins au Québec.

Cette démarche était exceptionnelle, comme est exceptionnelle la présence d'un membre du gouvernement du Québec à cette table aujourd'hui, mais elle démontrait ce qui avait

[Traduction]

les soins médicaux dont ils ont besoin. Nous convenons que cette option est importante même pour les médecins qui participent au régime, et que pour bon nombre d'entre eux, il s'agit d'un droit et d'un principe symboliques.

La souplesse des provinces dans ces domaines est plus qu'une subtilité constitutionnelle; elle est essentielle au maintien de la qualité des soins. Par exemple, la prestation de services ambulanciers, terrestres et aériens dans le Nord de l'Ontario jusqu'aux collectivités isolées, l'exploitation et l'entretien de nos hôpitaux psychiatriques ainsi que nos programmes prévoyant le paiement des médicaments pour les personnes âgées et les familles à faible revenu ne font pas partie de la gamme des services que finance Ottawa mais sont de toute évidence des services sur lesquels comptent les Ontariens. Nous en assurons le plein financement et, à l'heure actuelle, le montant de ces services atteint annuellement presque un milliard de dollars.

Monsieur le président, si cette loi est adoptée et qu'on réduise davantage nos crédits de financement, il y aura de quoi se demander si l'on ne veut pas nous obliger à restreindre ces programmes enrichis que nous offrons déjà en Ontario, de manière à tenter de nous assujettir aux nouvelles dispositions de la loi. Si le projet de loi est adopté avec les amendements proposés et qu'il soit appliqué sans tenir compte de l'intégrité des provinces et de la gestion de nos services de santé, je suis convaincu que le régime d'assurance-maladie n'aura été aucunement amélioré. Il aura été, selon moi, érodé et nous aurons raté une excellente occasion de façonner notre système de soins de santé pour l'avenir, une occasion que je crois être à notre portée si nous procédons à une consultation efficace et pertinente sur le sujet.

Honorables sénateurs, je vous incite vivement à réfléchir à ce projet de loi et à le reconsidérer comme il se doit afin de vous assurer que son adoption ne perturbera pas le système de soins de santé dans ce pays ni ne diminuera la qualité des soins comme, à mon avis, il menace de le faire.

Le président: Merci, monsieur Norton. Je donne maintenant la parole à l'honorable Pierre Marc Johnson, ministre des Affaires intergouvernementales du Québec.

Hon. Pierre-Marc Johnson, Minister Responsible for Canadian Intergovernmental Affairs, Province of Quebec: Thank you, Mr. Chairman. My remarks will also be something of an abridged version of the text you received. On February 21, Mr. Chairman and honourable Senators, the government of Quebec appeared before the House of Commons Standing Committee on Health, Welfare and Social Affairs. The Quebec delegation that day consisted not only of government representatives and senior civil servants but also of a group of 36 people involved in health care administration, planning and delivery of services, orientation, and health-care consumers.

This was an unusual approach, as the presence here today of a member of the government of Quebec is unusual, but it showed what had disturbed and worried the people working in the health-care field in Quebec.

[Text]

ébranlé et inquiété les personnes qui œuvrent dans ce domaine au Québec.

Nous avons alors dit que nous trouvions que le projet de loi C-3 est inacceptable, d'abord parce qu'il abolissait le régime consensuel qui y subsistait dans ce domaine avec les conséquences pratiques qui ont été évoquées, notamment par certains des collègues à cette table. Deuxièmement, parce que par son pouvoir de dépenser, l'État fédéral l'utilise d'une manière telle et en l'assortissant de conditions telles, qu'il devient ni plus ni moins un pouvoir de faire dépenser les provinces.

En vertu de la Loi sur l'assurance-hospitalisation et des services diagnostiques de 1958, le plan d'exécution de la loi provinciale est négocié et traduit dans un accord fédéral-provincial. C'est dans un tel accord, entre autres, que le gouvernement fédéral a convenu avec le Québec que la liste des services assurés, les conditions de transférabilité et les frais autorisés seraient ceux prévus à la loi et aux règlements du Québec. Ce système d'entente permettait donc des discussions et des négociations pour en arriver aux meilleures solutions possibles, dans le respect des priorités du Québec et, de toute évidence, à certaine orientation fédérale, compte tenu de l'utilisation de son pouvoir de dépenser.

Tout en respectant les grands principes d'universalité, de gratuité, d'accessibilité, de transférabilité et de gestion publique, le régime consensuel a permis au Québec de faire des choix en fonction de ses propres objectifs à long terme et lui a permis de développer un système de santé qui soit adapté aux besoins de la collectivité que nous avons à desservir. Ainsi, à titre d'exemple, dans le projet de loi C-3, l'on verra quelles en sont les conséquences. Le Québec n'assure pas les médicaments qui sont administrés en clinique externe, dans les hôpitaux, mais préfère plutôt couvrir les médicaments pour les personnes âgées. De la même façon il n'assume pas la couverture de soins hospitaliers facultatifs fournis à l'extérieur du Canada aux résidents du Québec. Le Québec peut affecter les sommes qui sont ainsi épargnées à des priorités qu'il choisit lui-même et qui respectent les besoins essentiels de sa population à partir de l'analyse qu'il en fait.

Ici, je pourrais énumérer une longue liste des services qui ne sont pas couverts en vertu du régime fédéral et même financés en vertu du régime fédéral mais qui nous apparaissent néanmoins comme des services importants pour nos concitoyens.

Par le projet de loi C-3, le gouvernement fédéral, à toutes fins pratiques, s'arroge le pouvoir de décider unilatéralement des obligations comme des coûts des provinces qu'elles devront alors assumer en introduisant dans cette loi avec une force coercitive, sous peine de sanctions financières, qui est actuellement discuté selon l'approche contractuelle en matière d'assurance-hospitalisation.

Il est facile de prévoir les conséquences gigantesques qu'une telle modification peut avoir sur le rôle de l'État québécois dans la planification à long terme et dans l'administration de son système de santé. Le gouvernement fédéral pourra déterminer l'accessibilité des services hospitaliers et se prononcer sur le détail des mécanismes de transférabilité, ouvrant ainsi la porte à une surenchère aux deux niveaux de gouvernement par tous les groupes de pression. Ceci a été démontré d'ailleurs par

[Traduction]

We said at the time that we found Bill C-3 unacceptable, first of all because it did away with the previous consensual system, with practical consequences that have been pointed out, notably by some of our colleagues at this table. Second, because the federal government is using its spending power in such a way, and setting such conditions on that use, that it has become neither more nor less than a power to make the provinces spend.

Under the Hospital Insurance and Diagnostic Services Act of 1958, the scope of action of provincial legislation is to be negotiated and set down in federal-provincial agreements. It was under an agreement of this kind that the federal government and Quebec agreed that the list of insured services, the conditions for portability and the authorized charges would be those set down in Quebec legislation and regulations. This system of agreements made it possible to discuss and negotiate in order to reach the best solutions possible within the framework of Quebec's priorities, and, to all appearances, a certain federal orientation, given the use of the federal spending power.

While respecting the broad principles of universal, free, accessible, portable and publicly-administered health care, the consensual system enabled Quebec to make choices on the basis of its own long-term goals and to develop a health-care system adapted to the needs of the community we serve. Here is an example of what Bill C-3's consequences are. Quebec does not insure medication administered in out-patient clinics, in hospitals, but chooses instead to cover the cost of medication for the elderly. Equally, it does not assume coverage for elective hospital care provided to Quebec residents outside Canada. Quebec can put the money it saves in these areas toward priorities it has chosen itself which meet the basic needs of its population on the basis of its own analysis of them.

At this point I could enumerate a long list of services that are not covered under the federal plan, or even financed under the federal plan, but that seem to us, nonetheless, to be services of importance to our fellow-citizens.

By Bill C-3 the federal government for all practical purposes arrogates to itself the power to decide, unilaterally, on the obligations and costs the provinces will have to assume, by introducing into this legislation with coercive force, under threat of financial penalties, what currently is matter for discussion under the contractual approach to hospital insurance.

It is easy to foresee the immense consequences that a change of this kind could have on Quebec's role in long-term planning and the administration of its health-care system. The federal government will be able to determine access to hospital services and come out with detailed pronouncements on portability mechanisms, and this will open the door to spiralling pressure on both levels of government from all lobby groups. The truth of this assertion was demonstrated at all stages of the

[Text]

les différentes étapes du cheminement de ce projet de loi où des groupes de professionnels ou des associations sont venus réclamer, à toutes fins pratiques, des choses qu'ils ne pouvaient pas obtenir au niveau des provinces. Non pas au nom de la dispensation et de la qualité de la dispensation du système de santé, mais au nom des intérêts de ces groupes.

Non seulement le gouvernement fédéral n'aurait aucune obligation d'assumer sa part de coûts additionnels générés par cette surenchère, mais il pourrait encore réduire sa contribution s'il décidait de donner raison aux «lobbies», à l'encontre des gouvernements provinciaux. Voilà bien toute l'absurdité centrale de ce projet de loi qui institutionnalise un système que l'on aurait dit presque conçu pour générer des conflits fédéraux-provinciaux.

Cette nouvelle forme d'anarchie intergouvernementale peut créer une situation inverse à celle qui est recherchée et très sérieusement menacer le régime universel d'assurance-santé. Les amendements apportés au projet de loi C-3, ne donnent pas suite aux principales revendications du Québec à cet égard, qu'un certain nombre de ceux qui ont été présentés, non pas les derniers, mais ceux qui ont été présentés publiquement il y a quelques semaines, répondaient en parti à certaines de nos revendications.

Le régime consensuel de l'assurance-hospitalisation serait à toutes fins pratiques abrogé. C'est la loi fédérale seule qui déterminera dorénavant les conditions de transférabilité, les frais modérateurs, et qui prévoirait l'obligation pour le Québec d'assurer et d'assumer financièrement tous les services énumérés dans la loi. Tout au plus est-il prévu dans le pouvoir de réglementation du gouvernement fédéral que celui-ci ne pourra exclure certains services assurés sans l'accord des provinces.

C'est le contraire qu'il aurait fallu prévoir; c'est-à-dire que le gouvernement fédéral ne puisse rendre obligatoire la couverture de quelque service que ce soit sans que les provinces n'y concourent.

Aucun amendement ne vient corriger cette anomalie qu'est la transformation par l'État fédéral de son pouvoir de dépenser en un pouvoir de faire dépenser, de telle sorte que celui-ci ne partage toujours pas les risques qui sont reliés au développement des services. C'est ainsi que sans engager la responsabilité financière du gouvernement fédéral, le Parlement du Canada déciderait maintenant des services qui sont assurés, de leur accessibilité et de leur transférabilité.

Pire encore, les amendements introduits au projet de loi, notamment les plus récents, prévoient la possibilité d'un arbitrage obligatoire qui touche la rémunération des médecins et des dentistes. Cette procédure inutile, même si elle est facultative, générera des tensions nouvelles et elle touche le secteur des relations de travail qui pourtant est un domaine de juridiction exclusivement provincial. Nous nous sommes, pour notre part, dotés, depuis un certain nombre d'années, d'un mécanisme de négociation permanent avec les médecins. Si un projet de loi, au nom de la notion de la raisonnable de la rémunération ou au chapitre de l'accessibilité décidait de nous imposer ou même de nous inciter à avoir un cadre qui prévoit la négociation, la conciliation, l'arbitrage et la loi spéciale, il

[Traduction]

Bill's progress, with groups of professionals and associations coming to claim for all practical purposes things they couldn't get at the provincial level. Not in the name of the delivery and the quality of delivery of health services, but in the name of these special-interest groups.

Not only would the federal government have no obligation to assume its share of the additional costs generated by the pressure, but it could reduce its contribution still further if it decided to support these lobbies in their confrontations with the provincial governments. Here we see the absurdity at the heart of this Bill, which institutionalizes a system that might almost have been designed to generate federal-provincial conflicts.

This new form of intergovernmental anarchy could create a situation quite opposite to what was intended, and pose a serious threat to the universal health-care system. The amendments that have been made to Bill C-3 do not reflect Quebec's main objections, *although* a certain number of the ones that were introduced, not the most recent ones but the ones that were introduced publicly a few weeks ago, did respond in part to some of our objections.

The consensual hospital-insurance system would for all practical purposes be abrogated. It would be federal legislation that would henceforth determine conditions of portability and user fees, and that would oblige Quebec to insure and to assume financial responsibility for all the services enumerated in the legislation. The most that is provided for in the federal government's regulatory power is that the latter may not exclude certain services without the consent of the provinces.

It is the exact opposite that should have been provided for: that is, the federal government should not be able to make coverage of any service whatsoever compulsory without the consent of the provinces.

No amendment is going to correct this anomaly, which transforms the federal government's spending power into a power to force others to spend, so that Ottawa still doesn't share the risks attached to the development of services. This means that without committing the federal government to any financial responsibility, the Parliament of Canada will from now on be the one to decide on services to be insured, their accessibility and their portability.

Worse still, the amendments to the Bill, in particular the most recent ones, provide for compulsory arbitration on doctors' and dentists' fees. This procedure is useless even if optional, it will generate new tensions, and it touches the labour relations sector, which is an exclusively provincial area of jurisdiction. For our part we set up some years ago a permanent mechanism for negotiating with our doctors. If a bill, in the name of reasonable remuneration, or dealing with accessibility, decided to impose on us, or even to encourage us to have, a framework for negotiation, conciliation, arbitration and special legislation, it is obvious to anyone to who has been involved in labour relations that this mechanism would become, in practice, compulsory.

[Text]

est évident et là, n'importe qui ayant fait des relations de travail le sait, il est évident que ce mécanisme reviendra dans la pratique, obligatoire.

Les principales objections du Québec présentées au comité permanent tiennent donc toujours, quant à cela. Ce projet de loi est d'autant plus inacceptable à nos yeux, qu'en vertu des compétences constitutionnelles énumérées aux articles 91 et 92 de l'acte de 1867, il est généralement admis que la responsabilité provinciale en matière de santé, c'est la règle et que celle du gouvernement fédéral est l'exception.

Le projet de loi tel qu'amendé constitue un empiètement caractérisé de la part de l'État fédéral dans un domaine de compétence provinciale, la santé. Ce n'est pas la première fois, en effet, que le fédéral essaie, soit par le biais de projets de loi ou de réglementation, ou de formules de financement, de dicter ses choix et la façon d'organiser les programmes d'assurance-maladie. Or, tous les gouvernements du Québec qui se sont succédés depuis maintenant près de 25 ans, se sont toujours opposés à ces intrusions dans un domaine de sa compétence.

Enfin, ce projet de loi, au-delà de la dimension du droit constitutionnel, au niveau de la pratique concrète, influencera de façon certaine la gestion de la santé et la faculté de prioriser des interventions en cette matière. La mise en place du système de santé de ces institutions pose, de façon intrinsèque, le problème de la recherche constante d'un équilibre qui est toujours à refaire. Pour continuer de maintenir cet équilibre, il est crucial que nous conservions les outils qui nous permettent de faire des choix de priorité, d'allocation de ressources, afin de répondre le plus adéquatement possible aux besoins de nos populations.

Le gouvernement du Québec estime que l'approche centralisatrice, standardisante, qui découlera de ce projet de loi est inacceptable. Elle est irréaliste, elle entraînera des coûts, la confusion et de la duplication.

Nous souhaitons que le Sénat soit sensible à nos propos. L'élaboration et l'acheminement du projet de loi ont été marqués par une absence totale de consultation et de réceptivité.

Il a des effets qui sont graves et perturbateurs sur l'harmonie et l'équilibre qu'il nous faut constamment maintenir dans nos réseaux de santé.

Il abolit le régime consensuel. Il augmente les contrôles bureaucratiques, il crée une pression à la hausse des coûts sans accroître la responsabilité financière de l'État fédéral. Il utilise, ici comme ailleurs, le pouvoir de dépenser jusqu'à le dénaturer.

Pour toutes ces raisons, nous sommes d'avis que le projet de loi C-3 devrait être reporté pour une étude longue et sérieuse.

Merci, monsieur le président.

The Chairman: Thank you. I would now call on the Honourable James A. Nielsen, Minister of Health of the Province of British Columbia.

Hon. James A. Nielsen, Minister of Health, province of British Columbia: Thank you, Mr. Chairman. Honourable senators, some specific information will be distributed a little later with reflections of British Columbia on specific aspects

[Traduction]

So the main objections that Quebec presented to the Standing Committee in this regard still hold. What makes the Bill even less acceptable in our eyes is that under the constitutional jurisdictions set down in sections 91 and 92 of the Act of 1867, it is generally admitted that provincial responsibility for health care is the rule and federal government responsibility the exception.

The Bill as amended constitutes a clear case of federal infringement on a provincial jurisdiction, health. This isn't the first time the federal government has tried, through bills or regulations or funding formulas, to dictate its choices and its method of organizing health-insurance programs. Every government in Quebec over the past 25 years has always opposed these incursions into its areas of jurisdiction.

Finally, apart from the constitutional law aspect, on a practical level this Bill will certainly influence health management and the ability to set priorities for action on health issues. The implementation of the health system of these institutions poses intrinsically the problem of the constant search for an equilibrium that has always to be re-established. To go on maintaining that equilibrium, it is vital for us to preserve the tools that allow us to choose priorities and allocate resources in ways that meet the needs of our populations most appropriately.

The government of Quebec considers that the centralizing, standardizing approach this Bill would entail is unacceptable. It is unrealistic. It will cause cost, confusion, and duplication.

We hope that the Senate will take our views into account. The Bill's formulation and its progress so far have been marked by a total lack of consultation and receptiveness.

It will have serious and unsettling effects on the equilibrium that we must maintain at all times in our health networks.

It does away with the consensual system. It increases bureaucratic controls, it puts upward pressure on costs without increasing the financial responsibility of the federal government. Here as elsewhere, it uses federal spending power in a way that was never intended.

For all these reasons, we consider that Bill C-3 should be referred for long and serious study.

Thank you, Mr. Chairman.

Le président: Je vous remercie. J'aimerais maintenant passer la parole à l'honorable James A. Nielsen, ministre de la Santé de la Colombie-Britannique.

L'honorable James A. Nielsen, ministre de la Santé, province de la Colombie-Britannique: Merci, Monsieur le président. Honorables sénateurs, on vous remettra plus tard des documents reflétant la position de la Colombie-Britannique sur

[Text]

and clauses of Bill C-3. I would address a few relatively short comments to you this afternoon with respect to our concerns. Mr. Russell, the minister from Alberta, introduced his comments earlier by quoting from the preamble of the bill, which once again says:

—that future improvements in health will require the cooperative partnership of governments, health professionals, voluntary organizations and individual Canadians;

Unfortunately, the reality of the situation is that we have not had co-operative participation of governments in the country other than the governments which are represented by the provincial ministers at the table today. The efforts made by the provinces to have the federal government sit down to discuss, in some meaningful way, the problems of health care, as seen from their point of view or as seen from the provinces' point of view, were not successful. A series of meetings took place over the past few months, but they were in no possible way meaningful; they were, basically, an opportunity for the press to take photographs.

Honourable senators, there is a tremendous amount of confusion, frustration and anger with respect to Bill C-3, particularly in light of a statement by the federal minister that our health care system in Canada is one of the best in the world and is envied throughout the world. We support that statement that our health care system is probably one of the best in the world and is envied by others in the world. We wonder why, then, there is such an urgent need to change it and change it in such a way that it will, in our opinion in British Columbia, produce less health care at a considerably greater cost.

As senators, you would be aware that regional differences within our country require regional solutions to many of our problems. This is as obvious in health as it is in any other area of government. The differences between the governments, the provinces, with respect to the manner in which they deliver health care, is considerable. It is also tailored somewhat to the needs of the regions. In British Columbia five or six years ago, we introduced a very comprehensive, long-term care program. It was provincial undertaking. It is not one which is shared by the federal government with respect to funding in its entirety—they share approximately 25 per cent. We feel it is a vitally important aspect to health care in our province and we were very proud to introduce it. We feel that such a program would be endangered by the implications of Bill C-3. There are regional needs, and we believe there are regional solutions and we simply do not accept that you can have a simple, national or federal concept or standard of health care that is applicable to all regions in Canada.

One other point which is very important is that the governments and the provinces, in producing and providing the health care system to their citizens, are extremely vulnerable to the reaction from those citizens in a very definite and deliberate way. The indications by way of polling in British Columbia

[Traduction]

certain aspects et dispositions du projet de loi C-3. J'aimerais, cet après-midi, vous expliquer brièvement nos inquiétudes. M. Russell, ministre de l'Alberta, a commencé tout à l'heure son discours par cette citation du préambule du projet de loi:

«que les améliorations futures dans le domaine de la santé nécessiteront la coopération des gouvernements, des professionnels de la santé, des organismes bénévoles et des citoyens canadiens.»

Malheureusement, dans les faits, nous n'avons obtenu que la collaboration des gouvernements provinciaux qui sont représentés ici aujourd'hui. Malgré les efforts déployés, les provinces n'ont tout simplement pas eu la chance de débattre avec le gouvernement fédéral, des problèmes relatifs aux soins de santé, perçus par les provinces ou par le gouvernement fédéral. Plusieurs rencontres ont bien eu lieu au cours des derniers mois, mais elles n'ont d'aucune façon été fructueuses; essentiellement, elles ont représenté pour la presse une occasion de prendre des photographies.

Honorables sénateurs, le projet de loi C-3 a provoqué une confusion, une frustration et une colère extraordinaires, plus particulièrement après que le Ministre fédérale a déclaré que le régime d'assurance-maladie du Canada en était un des meilleurs au monde, à un point tel qu'il fait l'envie du monde entier, ce dont nous convenons d'emblée. Aussi nous demandons-nous pourquoi il faut s'empresse de le modifier, et de le modifier de façon à réduire le nombre des services de santé en accroissant le coût, du moins, c'est ainsi que nous percevons la question en Colombie-Britannique.

En tant que sénateurs, vous êtes sûrement conscients que les régions de notre pays étant différentes les unes des autres, les solutions à apporter à bon nombre de nos problèmes doivent refléter ces différences. Ce principe s'applique aussi bien au domaine de la santé qu'à tout autre. Les distinctions entre les gouvernements, entre les provinces, soit la façon dont elles fournissent les services de santé, sont considérables. Elles reflètent également les besoins régionaux. En Colombie-Britannique, il y a cinq ou six ans, nous avons mis sur pied un important programme de soins médicaux à long terme. Il s'agissait d'un projet provincial. Ce n'est pas un programme dont on pourrait dire que le gouvernement fédéral partage les coûts, puisqu'il ne le finance qu'à 25 p. 100 environ. Ce programme est un aspect vital des soins de santé de notre province et nous étions très fiers de l'établir. Or, nous estimons que le projet de loi C-3 pourrait menacer la viabilité de ce programme. Il existe des besoins régionaux, et nous estimons qu'il existe des solutions régionales, c'est pourquoi nous ne pouvons accepter la notion d'un seul régime national ou fédéral de soins de santé qui s'applique à toutes les régions du Canada.

J'aimerais soulever un autre point très important: en fournissant des soins de santé à leurs citoyens, les gouvernements et les provinces se rendent délibérément vulnérables. Les sondages qui ont été effectués en Colombie-Britannique au cours des dernières années ont révélé de façon répétée que près de 70

[Text]

over the past number of years have consistently shown that, in the high sixties of percentage points, the people in the province consider their health care system to be excellent. Yet, we have certain features in our health care program that Bill C-3 would prohibit.

Honourable senators, even though we in British Columbia are far from the capital of the country, we as Canadians are still very concerned about the situation our country finds itself in today. At a time when the country is borrowing billions of dollars to maintain its operating budgets, we wonder why the federal government would attempt to introduce legislation that will not make use of the considerable expertise and knowledge available in the provinces with respect to the provision of health care services; why the lack of consultation was so obvious; and why the federal government would consider introducing a program by way of a Canada health act which would seek greater costs to provide what probably would be fewer services to the people in the country.

My colleagues have made references to certain amendments which were introduced recently to the proposed Canada health act. I might say that the amendments were made without consultation, at least with the province of British Columbia. Much to our chagrin, the amendments have worsened the bill from its original form. We suggest that there was a lack of thought, a lack of insight and possibly a lack of concern with respect to the amendments. We feel there will be less service and higher costs, particularly from a bureaucratic point of view.

There is also something quite urgent to us in British Columbia which is not evident in the bill itself. If the bill passes as it is before us now, it will require a considerable restructuring of the health care delivery system in the province of British Columbia for a number of reasons, not the least of which are self-protection and constitutional needs. We feel that a system which has been in place for many years over several decades and which is working quite well should not have to undergo an almost complete retooling for the purposes of accommodating the provisions of this bill. Indeed, it would require a complete reexamination of all our services which are unique in British Columbia to British Columbia citizens, by way of amendment and by way of implication of some of the clauses of the bill. It would suggest to us that while the federal government does not directly involve itself in the funding of the non-medical programs offered by our medical services plan, direction would be given by the proposed Canada health act with respect to comprehensiveness and, possibly, compensation to those practising. We feel it is inappropriate for any government to be involved in offering direction to another government which is wholly responsible for the programs, including the financing of the programs. Such examples I can offer you in this regard include chiropractors, podiatrists, naturopaths, physiotherapists and others who are funded by the province alone.

[Traduction]

p. 100 des habitants de la province considèrent comme excellent leur système d'assurance-maladie. Il se trouve que le projet de loi C-3 entraverait l'application de certains aspects de notre programme de soins de santé.

Honorables sénateurs, même si nous sommes loin de la capitale nationale, je crois qu'en Colombie-Britannique nous nous inquiétons beaucoup de la situation dans laquelle se trouve aujourd'hui notre pays. A une époque où le pays emprunte des milliards de dollars pour maintenir ses budgets d'exploitation, nous nous demandons pourquoi le gouvernement fédéral tenterait d'appliquer une loi qui ne ferait pas appel au savoir-faire et aux connaissances des provinces en ce qui concerne la prestation des services de santé; nous nous interrogeons sur cette absence de consultations; pourquoi le gouvernement fédéral envisagerait-il en vertu de la *Loi sur la santé*, la mise en œuvre d'un programme qui engendrerait des coûts supérieurs pour la prestation de services probablement réduits aux Canadiens?

Mes homologues ont fait mention de certains amendements qui ont récemment été apportés au projet de loi sur la santé. Je me permettrai de dire que ces amendements ont été apportés sans qu'il n'y ait consultation, en tout cas sans la consultation de la Colombie-Britannique. A notre grand regret, nous croyons que le projet de loi original en a été appauvri. Il nous semble que c'est là une preuve d'irréflexion, d'inconscience et peut-être même de manque d'intérêt à l'égard des amendements. A notre avis, le nombre des services serait réduit et les coûts seraient accrus, plus particulièrement du point de vue bureaucratique.

Même si ce n'est pas évident, le projet de loi comporte pour la Colombie-Britannique une obligation urgente. Effectivement, si le projet de loi est adopté dans sa forme actuelle, il faudra restructurer considérablement notre système provincial d'assurance-maladie pour un certain nombre de raisons dont l'autoprotection et les besoins constitutionnels ne sont pas les moindres. Nous estimons qu'il n'y a pas lieu de modifier presque entièrement un système qui existe depuis de nombreuses années, voire depuis plusieurs décennies, et qui fonctionne assez bien, afin de le rendre conforme aux dispositions de ce projet de loi. De fait, il nous faudrait passer en revue tous les services que notre province offre exclusivement par suite de l'amendement et de l'incidence de certaines dispositions du projet de loi. Il nous semblerait que, bien qu'il ne participe pas directement au financement des programmes non médicaux offerts dans le cadre de notre régime d'assurance-maladie, le gouvernement fédéral, en vertu de la *Loi canadienne sur la santé*, déterminerait la portée des services et, peut-être, la rémunération des praticiens. Nous estimons inconvenable qu'un gouvernement impose des lignes directrices à un autre gouvernement qui est entièrement responsable de l'administration des programmes, leur financement y compris. Je peux vous citer à cet égard l'exemple des chiropraticiens, des podologues, des naturopathes, des physiothérapeutes et d'autres professionnels de la santé qui sont uniquement subventionnés par la province.

[Text]

The province of British Columbia and the government of British Columbia would ask the Senate to stop the passage of this bill if it is at all possible. We have asked the House of Commons to stop this bill. We have asked the federal minister to stop this bill. There is a possibility that our position could change somewhat if we had the opportunity of meeting with the minister and various other members of the House of Commons or the Senate to discuss the implications. We would also like to discuss the situation of health care in the country—not just those areas which may be identified, in part, by Bill C-3. We would like to meet; we would like to consult; and we would like to attempt to resolve some of the problems.

As an example, in British Columbia, where we are known for our mild nature and co-operative spirit, a couple of years ago, much to the chagrin of the BCMA, the province of British Columbia introduced legislation which prohibited extra billing. I see that the president of the British Columbia Medical Association is in the audience today and I welcome him. We did not take this measure because Madame Bégin or the federal government disliked extra billing; we took it because we decided as a province we did not wish to see extra billing in our province. We, as a province, made the decision. It is our opinion that it should be a provincial decision—not a federally imposed decision. I might mention that that particular bill was introduced without any prodding from the federal government—the decision was made on our own.

I see no urgency whatsoever for the passing of the proposed Canada health act. I have asked the federal minister and officials if they would provide us with names of citizens in the province of British Columbia who are being denied central health care, or health care of any kind, for want of money, any persons who are being denied services simply because they are not in the position to pay for them. We have not received one single name. We believe there are no such people.

I can honestly say that British Columbia was one of the first provinces to embrace the concept of the medicare program and the hospitalization system. However, it is highly unlikely that the province of British Columbia would have embraced it with such vigour had we known what was to occur some twenty years later. Today, faced with Bill C-3, if we were being asked to join a medicare system under these conditions it is very likely that we would say no, we will run our own. Unfortunately, that is not the position we are in today.

Honourable senators, I think it is vitally urgent that the representation you see before you today be recognized as indicating that an extremely important situation has brought the provinces together to appear before your committee. That is significant in itself. We are not condemning out of hand the proposed Canada health act; what we are condemning is the lack of consultation and the process.

It is British Columbia's position that the proposed Canada health act is not required. At the very least we feel it should be shelved until such time as meaningful consultations can take place. We received last week, by way of telex or perhaps through a press release, word that the federal minister was prepared to meet us early next year. It would really be of very

[Traduction]

La province et le gouvernement de la Colombie-Britannique demandent au Sénat d'empêcher l'adoption de ce projet de loi si c'est possible. Nous l'avons déjà demandé à la Chambre des communes. Nous l'avons demandé à la ministre fédérale de la Santé. Il n'est pas dit que notre position ne changera pas si nous avons l'occasion de discuter des répercussions de ce projet de loi avec la Ministre et divers autres membres de la Chambre des communes ou du Sénat. Nous aimerions aussi débattre des soins de santé fournis à l'échelle nationale, et non seulement de ceux que mentionne, en partie, le projet de loi C-3. Nous aimerions avoir des rencontres et des consultations pour tenter de résoudre certains des problèmes existants.

A titre d'exemple, en Colombie-Britannique, où nous sommes reconnus pour notre bonne nature et notre esprit de collaboration, il y a deux ans, au grand regret de l'Association médicale de la Colombie-Britannique, la province a adopté une loi interdisant la surfacturation. Je vois que le président de l'Association est dans la salle aujourd'hui et lui souhaite la bienvenue. Nous n'avons pas pris cette mesure parce que M^{me} Bégin ou le gouvernement fédéral étaient opposés à la surfacturation; nous l'avons prise parce que nous y étions opposés. C'est la province qui a pris la décision. C'est, à notre avis, une décision qui revient aux provinces, elle ne doit pas être imposée par le gouvernement fédéral. Je me permets d'ajouter que la loi en question a été adoptée sans l'intervention du gouvernement fédéral; nous avons pris la décision tout seuls.

Je ne vois absolument pas en quoi il est urgent d'adopter la *Loi canadienne sur la santé* que vous proposez. J'ai demandé à la Ministre et à des représentants du gouvernement fédéral de nous fournir une liste des citoyens de la Colombie-Britannique à qui l'on refuse des soins de santé essentiels ou autres parce que la province manque de fonds ou parce que les malades ne peuvent en assumer les frais. On ne nous a communiqué aucun nom. D'après nous, cela ne s'est jamais vu.

Je peux franchement dire que la Colombie-Britannique a été l'une des premières provinces du pays à adhérer au principe de l'assurance-maladie et des services hospitaliers. Toutefois, je doute fort que la province y aurait souscrit avec autant d'enthousiasme si elle avait su ce que se produirait une vingtaine d'années plus tard. Aujourd'hui, avec la menace du projet de loi C-3, si l'on nous demandait de participer à un régime d'assurance-maladie dans ces conditions, nous refuserions tout probablement et choisirions de mettre sur pied notre propre régime. Malheureusement, nous n'avons pas cette possibilité.

Messieurs les sénateurs, je crois qu'il est essentiel que vous reconnaissiez comme extrêmement significatif le fait d'avoir réuni les provinces devant vous aujourd'hui. Je crois que ce fait est significatif en soi. Nous ne rejetons pas du revers de la main le projet de *Loi canadienne sur la santé*, mais nous condamnons l'absence de consultation et la méthode utilisée pour le rédiger.

En Colombie-Britannique, nous estimons que cette loi ne s'impose pas. Nous estimons du moins qu'elle ne devrait pas être adoptée avant qu'aient eu lieu des consultations fructueuses. Nous avons appris par télex la semaine dernière ou était-ce par communiqué, que la Ministre fédérale était disposée à rencontrer les représentants des provinces au début de l'année

[Text]

little value to meet early next year. I see by way of Canadian Press today that the federal minister has said that she is prepared to meet with the provinces. She has also said that there is no firm timetable for getting the health legislation through Parliament. She indicated that the provinces called several weeks ago in order to meet with her. The federal minister initially turned down the request, but changed her mind on Tuesday. She says that she is at the disposal of her provincial counterparts. If that is so, we should have the meeting; however, surely the bill should not become law until these meetings take place. We have been asking for that for some two years and we have had some very pleasant conversations, but I do not think anyone could consider them to be meetings. Thank you very much for your patience, honourable senators.

The Chairman: Thank you very much, Mr. Nielsen. I will now call on the Hon. Albert P. Fogarty, the Minister of Health from the cradle of Confederation.

Hon. Albert P. Fogarty, Minister of Health and Social Services, Province of Prince Edward Island: Mr. Chairman, Senators of the Parliament of Canada, thank you very much. My colleague, Mr. Nielsen, has indicated that his position and the position of the British Columbia is mild. Keeping that in mind, I await with some expectation what you will call the presentation I am about to make.

I would say the position taken by Prince Edward Island has been as follows: We do not have a premium system in our province. We do not have user fees in hospitals. At the moment, we do not have a single member of our medical society extra billing. In fact, the governments within our province have consistently, on principle, opposed these extra charges. From that point of view, as far as we are concerned, the proposed Canada health act is not required. Nevertheless, we have some very serious reservations with respect to Bill C-3. It represents to us further intrusion by the federal government into our health care system. This bill will amplify and add to the control and the interference which presently exists, and we believe very unnecessarily so. That is a further example of centralization within this country and, besides that, as far as we are concerned, it poses some real dangers and very real risks.

I feel as well that with this proposed Canada Health Act our parliamentarians, if they do not address the regional funding needs of our health care systems, will have let slip through their fingers on this occasion a tremendous opportunity to do what Mr. Justice Hall said we should do in 1980; what the parliamentary task force said we should do in 1981; and what my government has been saying we should be doing consistently over the years. The complete failure of this bill to address the concept of our health care system over and beyond merely a payment scheme for hospital and medicare treatment is our third concern. I think we should consider other health strategies which are tremendously important in our country today, including promotion, prevention, rehabilitation, and so forth.

[Traduction]

prochaine. Cela ne mènerait pas à grand-chose que de les rencontrer au début de l'année prochaine. La Presse canadienne m'apprend aujourd'hui que la Ministre a dit être disposée à rencontrer les représentants des provinces. Elle aurait également dit qu'aucun calendrier définitif n'avait été établi en vue de l'adoption par le Parlement de la *Loi canadienne sur la santé*. Elle aurait en outre convoqué les provinces il y a plusieurs semaines. La Ministre a tout d'abord rejeté la demande mais a changé d'avis le mardi suivant. Elle s'est dite à la disposition de ses homologues provinciaux. Si c'est le cas, nous devrions la rencontrer; quoi qu'il en soit, le projet de loi ne devrait pas entrer en vigueur avant ces rencontres. C'est ce que nous demandons depuis deux ans. Nous avons pu nous entretenir avec elle d'une façon très agréable, mais je doute que quiconque considère ces entretiens, comme des réunions. Je vous remercie de votre patience, honorables sénateurs.

Le président: Je vous remercie beaucoup, Monsieur Nielsen. J'inviterai maintenant l'honorable Albert P. Fogarty, ministre de la Santé du berceau de la Confédération, à prendre la parole.

L'honorable Albert P. Fogarty, ministre de la Santé et des Services sociaux, Île-du-Prince-Édouard: Monsieur le président, sénateurs du Parlement du Canada, je vous remercie beaucoup. Mon collègue, M. Nielsen, a fait savoir que sa position, celle de la Colombie-Britannique, est modérée. Cela dit, j'attends avec quelque impatience ce que vous direz du témoignage que je suis sur le point de vous présenter.

Je décrirai ainsi la position de l'Île-du-Prince-Édouard: il n'existe aucune prime d'assurance, nous n'imposons pas de frais modérateurs dans les hôpitaux et à l'heure actuelle, aucun membre de notre société médicale ne pratique la surfacturation. De fait, les gouvernements qui se sont succédé dans notre province ont toujours, par principe, interdit l'imposition de frais supplémentaires. En ce qui nous concerne, la *Loi canadienne sur la santé* n'est donc pas nécessaire. Nous avons quelques importantes réserves à l'égard du projet de loi C-3. Il représente pour nous une intervention du gouvernement fédéral dans le domaine de la santé. Ce projet de loi aura pour effet d'amplifier et d'accroître la direction et l'ingérence actuelles, ce qui est tout à fait inopportun. Il s'agit là d'un autre exemple de centralisation dans notre pays et, en outre, en ce qui nous concerne, cela pose des dangers et des risques très réels.

J'estime également que s'ils ne tiennent pas compte des besoins de financement de nos régimes respectifs d'assurance-maladie dans le projet de *Loi canadienne sur la santé*, nos députés rateront l'extraordinaire occasion de faire ce que le juge Hall avait recommandé en 1980, ce qu'un groupe de travail parlementaire nous a recommandé en 1981 et ce que mon gouvernement nous recommande depuis des années. Enfin, nous nous soucions de ce que le projet de loi ne tienne aucunement compte de notre notion de l'assurance-maladie, à part d'énoncer simplement un mode de paiement pour les services hospitaliers et les soins médicaux. Je crois que nous devrions envisager d'autres stratégies qui ont une portée extraordinaire dans notre pays aujourd'hui, c'est-à-dire la promotion, la prévention, la réadaptation, et ainsi de suite.

[Text]

Mr. Chairman and honourable senators, you might be interested to know that my province submitted to the committee of the House of Commons, which undertook a study of this legislation, some 19 specific criticisms. I am pleased to say that some of those criticisms are reflected in the amended bill. Despite that, we still have serious concerns with some of the clauses. Although I do not want to go into detail, I wish to refer you particularly to clauses 2, 9 and 11, because they virtually require total coverage of any and all out-of-province hospital services which are not available in the home province. I do not need to remind you that my province at the moment lacks a number of important insured services which are available in other parts of the country. We find it difficult financially to retain the services and programs which currently exist because the real crisis in medicare in this country is not extra charges; it is underfunding. We are most disappointed and distressed that our federal ministers and the federal government have refused to address the underfunding situation.

Secondly, I should like to refer you to clauses 19 and 22 of the bill because in our view they have now, through an amendment, removed any further allowance for exceptions of certain user charges to be made under regulation.

Thirdly, and finally, we cannot accept clause 12(2). We are absolutely opposed to providing to one side, and one side only, access to conciliation or arbitration. Quite frankly—and this may differ a bit from some other messages you are getting today—we have had and still have within our province, as the chairman knows, an excellent informal relationship with our medical society over the years. I am not at all sure that they want this clause in the first place. At any rate, as far as our government is concerned, we opposed that on principle.

Finally, I have to ask the following question: What is the hurry; what is the panic? As I understand it, the bill takes effect on a retroactive basis on April 1. We think that we have made some progress. The amended bill does reflect some of our concerns, so surely we can take several more weeks—a few months—and again, through meaningful discussion and negotiation, come up with a much better bill. Our position has been recently and continues to be that Bill C-3 has all party support, it will become law, but let us delay it until we have allowed all governments to address the real problems in medicare. Thank you, Mr. Chairman.

The Chairman: Thank you, Mr. Fogarty. I now call upon the Honourable Graham Taylor, Minister of Health, Province of Saskatchewan.

Hon. Graham Taylor, Minister of Health, Province of Saskatchewan: Thank you, Mr. Chairman, honourable senators, for the invitation to come here to explain Saskatchewan's position regarding the proposed Canada health act. I shall try to keep my comments as brief as possible and outline our concerns, but I will leave with you a more detailed document setting out our concerns. Let me state at the outset that

[Traduction]

Monsieur le président, honorables sénateurs, vous serez peut-être intéressés de savoir que ma province a présenté au Comité de la Chambre des communes qui étudie ce projet de loi quelque dix-neuf remarques bien précises. Je suis heureux de voir que certaines d'entre elles ont été prises en considération dans l'amendement du projet de loi. Malgré tout, certaines des dispositions du projet de loi modifié nous préoccupent encore beaucoup. Sans entrer dans les détails, j'aimerais vous renvoyer aux articles 2, 9 et 19 en vertu desquels il faut assurer totalement tous les services hospitaliers fournis hors de la province qui ne sont pas disponibles dans la province même. Est-il nécessaire de vous rappeler qu'à l'heure actuelle, ma province ne fournit pas un certain nombre de services assurés d'importance qui sont disponibles dans d'autres parties du pays. Nous trouvons qu'il est très difficile, sur le plan financier, d'assurer les services et les programmes actuels puisque le véritable problème n'est pas la surfacturation, mais l'insuffisance de fonds. Nous sommes très déçus et troublés de constater que nos ministres fédéraux et le gouvernement fédéral ont refusé d'analyser le problème de l'insuffisance de fonds.

Par ailleurs, j'aimerais vous renvoyer aux dispositions 19 et 22 du projet de loi qui, à notre avis, par suite de leur amendement, ont pour effet de supprimer toute l'exception de frais modérateurs par voie de règlement.

Enfin, nous ne pouvons accepter le paragraphe 12(2). Nous nous opposons absolument à la possibilité d'offrir à une partie, et à une partie uniquement, le choix entre la conciliation et l'arbitrage. En toute franchise, et ce que je vous dirai différemment peut-être un peu des autres messages qui vous sont transmis aujourd'hui, nous avons toujours entretenu, je prends le président à témoin, d'excellents rapports informels avec la société médicale de notre province. Je ne suis pas du tout convaincu que ses membres approuvent cette disposition. Quoi qu'il en soit notre gouvernement s'y oppose.

Enfin, je tiens à vous poser cette question. Pourquoi se presser, pourquoi paniquer? Si je comprends bien, le projet de loi entrera en vigueur rétroactivement au 1^{er} avril. Nous estimons avoir fait certains progrès. Le projet de loi modifié tient compte de certaines de nos inquiétudes; nous pouvons certainement prendre plusieurs autres semaines, voire même quelques mois, pour discuter et négocier afin d'élaborer un projet de loi de qualité supérieure puisque, en fait, depuis quelque temps le projet de loi C-3 est appuyé par tous les partis et qu'il sera adopté; mais attendons jusqu'à ce que tous les gouvernements aient en l'occasion de considérer les véritables problèmes que soulève le régime d'assurance-maladie. Je vous remercie, monsieur le président.

Le président: Je vous remercie, monsieur Fogarty. J'invite maintenant l'honorable Graham Taylor, ministre de la Santé de la Saskatchewan, à prendre la parole.

L'honorable Graham Taylor, ministre de la Santé, province de la Saskatchewan: Je vous remercie, monsieur le président, honorables sénateurs. Je tiens à vous remercier tout d'abord de m'avoir invité à vous exposer la position de la Saskatchewan à l'égard du projet de *Loi canadienne sur la santé*. J'essaierais d'être le plus bref possible et de vous présenter nos préoccupations d'une façon concise, mais je vous laisserai un document

[Text]

Saskatchewan has made its position known both formally and informally on a number of occasions. I suppose the most recent occasion would be when we submitted our brief to the House of Commons standing committee.

Saskatchewan supports the existing principles of the health care system, and we in Saskatchewan have a very long and proud heritage in the delivery of health care in our province. We maintain a high quality of health care delivery and we are constantly improving that. I should add, that many of the services we provide in Saskatchewan are not funded in any way, shape or form by the federal government. We in Saskatchewan have said many times—and I should like to repeat it for the members of this Senate committee today—that we are firmly opposed to hospital user fees and health care premiums and have no intention of introducing those. However, there are several areas which do cause us serious concern regarding the proposed act. I can summarize these and place them in two basic categories.

As the bill now, stands, it allows the federal government to interfere with something within the jurisdiction of the provinces. The federal government can impose financial penalties on a province if it feels the province is not complying with the proposed act. The most important issue is that the province has no recourse to an appeal procedure. The federal power is very broad and arbitrary, and it is because of that, honourable senators, that Saskatchewan put forward a proposal for an appeal procedure, but that proposal has been rejected.

This bill does not face the present or future challenges in health care. It recognizes only a very narrow scope of health services. Reference to health care practitioners is only window-dressing without changes to the underlying financial arrangements. The bill does not do anything to help provinces bring about the health care that is needed for the 1980's and 1990's. For example, a very critical factor is to meet the needs of our growing elderly population. To this end, honourable senators, Saskatchewan proposes a seniors' health fund as an immediate solution—a fund we could draw upon to start pilot projects in different provinces. That precedent was in place previously under the 1960 Health Resources Fund established by the government. Even though the precedent is there, the proposal has also been rejected.

These concerns I have expressed so far are the concerns we saw in the bill prior to its coming to the House of Commons. However, Saskatchewan's concerns are now more serious because of the amendments introduced by the House of Commons committee. The effect of these amendments is to reduce the ability of the province to manage its health care system and to control costs.

The binding arbitration that was referred to by my colleagues will, in Saskatchewan's viewpoint, put medicare costs beyond our control and, in that situation, that is, that one side

[Traduction]

plus détaillé à ce sujet. Permettez-moi de vous dire tout de suite que la Saskatchewan a fait connaître sa position, à la fois officiellement et officieusement, à diverses occasions, la dernière étant, je suppose, lors du dépôt de notre mémoire au Comité permanent de la Chambre des communes.

La Saskatchewan est en faveur des principes qui régissent actuellement le régime d'assurance-maladie et est fière de la façon dont elle a fourni les services de santé jusqu'ici. Nos services médicaux sont de qualité supérieure et vont toujours en s'améliorant. Je dois ajouter que nombre des services que nous fournissons en Saskatchewan ne sont financés d'aucune façon par le gouvernement fédéral. Nous avons souvent répété, et je le répéterai ici pour les membres du Comité sénatorial, que nous nous opposons fermement aux frais modérateurs et aux primes d'assurance-maladie, et que nous n'avons aucune intention d'en imposer. Toutefois, plusieurs aspects de la loi proposée nous inquiètent sérieusement. Je veux résumer nos préoccupations et les diviser en deux grandes catégories.

Tel qu'il se présente actuellement, le projet de loi autorise le gouvernement fédéral à intervenir dans un secteur qui, à mon avis, relève de la compétence des provinces. Il peut imposer une réduction de la contribution pécuniaire à toute province qui, selon lui, ne se conformerait pas à la loi proposée. Le problème le plus grave est que la province n'aurait pas la possibilité d'interjeter appel. Le gouvernement fédéral se réserve ainsi de façon arbitraire de vastes pouvoirs et c'est pourquoi, honorables sénateurs, la Saskatchewan a proposé que soit instituée une procédure d'appel, mais sa proposition a été rejetée.

Le projet de loi ne permet pas de relever les défis qui se posent actuellement ou qui se poseront dans le domaine de la santé. Il ne reconnaît qu'un très petit nombre de services de santé. Il vise les praticiens, mais ce n'est qu'une façade; il aurait plutôt fallu repenser les arrangements fiscaux qui sous-tendent le régime. Le projet de loi n'aidera en rien les provinces à offrir les services de santé requis dans les années 80 et 90. Par exemple, il serait essentiel d'essayer de répondre aux besoins des gens âgés dont le nombre va grandissant. A cette fin, honorables sénateurs, la Saskatchewan a proposé la mise sur pied, à titre de solution immédiate, d'un fonds pour les soins de santé des personnes âgées dans lequel on pourrait puiser pour entreprendre des projets pilotes dans différentes provinces. Le gouvernement avait déjà en 1960 créé la Caisse d'aide à la santé. Malgré ce précédent, cette proposition a elle aussi été rejetée.

Ces préoccupations que je viens de vous exposer, nous les avons déjà avant que la Chambre des communes ne soit saisie du projet de loi. Cependant, les amendements qu'a proposés son Comité sont venus y ajouter. S'ils étaient adoptés, la province aurait plus de difficultés à gérer son régime d'assurance-maladie et à contrôler les coûts.

De l'avis de la Saskatchewan l'arbitrage obligatoire dont ont parlé mes collègues nous ôterait tout contrôle sur nos coûts d'assurance-maladie. De plus, la possibilité pour une partie

[Text]

can demand binding arbitration, this will be a very great intrusion on provincial decision-making.

The amendment dealing with access to all insured services is unclear. I would ask: Does it prevent a province from limiting the number of medical practitioners who can bill the medical plan? If this is the case, we strongly object, because the province would be severely restricted in managing the health care system. In short, we would not be able to set our own priorities. We in Saskatchewan feel somewhat like a piece of ham in a sandwich. On one side the bill allows the federal government to impose penalties on the provinces without the provinces having any opportunity to appeal; on the other side, the bill seriously undermines the ability of the province to set its own priorities and to control its own costs.

In concluding, I would say that I do not see the health care of Canadians being improved one bit the day after this bill is passed. Honourable senators, I thank you for the opportunity of being here. I hope that you will give the deliberations of all of us serious consideration, and I join with my colleagues in saying that this bill should be held up. Certainly, there is great need for more consultation, more discussion, and I would ask you to give that your serious consideration.

The Chairman: Thank you, Mr. Taylor. I would now call on the Honourable Andy Philipsen, Minister of Health and Human Resources, Yukon Territory.

Hon. Andy Philipsen, Minister of Health and Human Resources, Yukon Territory: Thank you, Mr. Chairman. Honourable senators, it is a privilege for me to address your committee today and to provide you with comments on how the Government of Yukon views the proposed Canada Health Act, Bill C-3. We have in the past taken the position that the title of this bill, the Canada Health Act, is a misnomer. We take the position in Yukon that this bill will do absolutely nothing to further health in Yukon. Areas that would further health in Yukon would be addressing the issues relating to standing water situations in northern communities; and sewage treatment in areas that are without anything but green plastic bags—these areas would address health in Yukon. We need nurses in areas where we have 100,000 people a year going across borders; and there may be 700 patients hospitalized a night with no nurses available—these areas would address health in Yukon, not a financial piece of legislation that should be dealt with as a financial bill. It addresses extra billing and user fees, neither of which we have in Yukon.

The Government of Yukon has previously expressed its support for the basic principles of this bill, but that is obvious. We already have reflected those principles in the administration of the Yukon health and hospital programs. In the absence of such legislation through the co-operation of National Health and Welfare, the Medical Services Branch, Yukon Region, is primarily responsible for the delivery of health programs in Yukon. The program criteria of public administration, comprehensiveness, universality, affordability and accessibility causes no difficulty since we are complying with

[Traduction]

d'exiger l'arbitrage obligatoire équivaldrait à une ingérence dans le processus décisionnel provincial.

L'amendement portant sur l'accès à tous les services assurés n'est pas clair. Ma question est la suivante: Empêcherait-il une province de limiter le nombre de praticiens qui peuvent imputer leurs honoraires au régime d'assurance-maladie? Si tel est le cas, nous nous y opposons fortement parce que les provinces auraient ainsi les mains liées. Bref, nous ne pourrions nous-mêmes établir nos propres priorités. La Saskatchewan se sent prise entre l'arbre de l'écorce. D'une part, le projet de loi autorise le gouvernement fédéral à imposer des amendes aux provinces sans qu'elles puissent interjeter appel et, d'autre part, il les empêche d'établir leurs propres priorités et de contrôler leurs propres dépenses.

En conclusion, je ne vois pas du tout comment cette loi améliorerait les services de santé offerts aux Canadiens. Honorables sénateurs, je vous remercie de l'occasion qui m'a été offerte de témoigner devant vous. J'espère que vous prendrez au sérieux nos doléances et je me joins à mes collègues pour vous demander de retarder l'adoption du projet de loi. Il est essentiel que la consultation et la discussion se poursuivent, et je vous demanderais d'accorder toute votre attention à la question.

Le président: Merci, monsieur Taylor. Je cède maintenant la parole à l'honorable Andy Philipsen, ministre de la Santé et des Ressources humaines du Territoire du Yukon.

L'honorable Andy Philipsen, ministre de la Santé et des Ressources humaines, Territoire du Yukon: Merci, monsieur le président. Honorables sénateurs, c'est pour moi un honneur de prendre la parole devant votre Comité aujourd'hui et de lui faire part des vues de l'administration du Yukon sur le projet de loi canadienne sur la santé. Nous avons déjà dit que le titre du projet de loi, Loi canadienne sur la santé, n'était pas du tout approprié. Notre position est que le projet de loi ne fait absolument rien pour la santé au Yukon. Les mesures qui amélioreraient la santé au Yukon permettraient de s'attaquer aux graves problèmes d'approvisionnement en eau des agglomérations du Nord et de traitement des eaux usées dans des localités où les installations sanitaires se limitent à des sacs à ordures. Il nous faut des infirmiers dans des régions où chaque année 100,000 personnes doivent être traitées au Sud et où 700 patients peuvent être hospitalisés chaque nuit sans les soins d'infirmiers. Ce sont là les mesures qui s'imposent au Yukon, pas un texte financier qui devrait être considéré comme un projet de loi de finances. Il y est question de la surfacturation et des frais modérateurs, mais ni l'un ni l'autre n'existe au Yukon.

L'administration du Yukon a déjà dit qu'elle approuvait les principes de base de ce projet de loi, mais c'est évident. Nous avons déjà tenu compte de ces principes dans l'administration des programmes de santé et d'hospitalisation du Yukon. En l'absence d'une telle loi, la Direction des services médicaux de la région du Yukon est essentiellement responsable, en collaboration avec le ministère de la Santé et du Bien-être social, de la prestation des programmes de santé au Yukon. Les conditions d'octroi qui sont la gestion publique, l'intégralité, l'universalité, la transférabilité et l'accessibilité ne posent pour nous

[Text]

these now; nor do we have any objections to recognizing the federal government's involvement in health services in Yukon.

Mr. Chairman, aside from the larger issue of the federal government interfering in provincial and territorial responsibilities, an initial concern we had with the Canada health act was that an increased reporting requirement might provide us with a costly burden. Our Health Services Branch is very small. We would be asked to report on areas that we are funding ourselves. We have been assured by the federal Minister of National Health and Welfare that additional administrative requirements will be limited.

We no longer have any user fees in place in Yukon, but an area of the bill which causes us some concern has to do with extra billing. Extra billing does not exist in Yukon at present, and this is by agreement with the Yukon Medical Association it is not prohibited by legislation. Yukon physicians see themselves as being independent professionals and not as employees of the government. A fee schedule is negotiated with the Yukon Medical Association. The current agreement runs for a two-year period. The schedule and other matters are reviewed and discussed on a quarterly basis. This is a satisfactory arrangement, and we do not wish to see it threatened. We feel it may be threatened by the reference in the amended clause 12 to binding arbitration. Yukon physicians have, in the past, balked at any hint of binding arbitration in connection with medical fee negotiation processes.

If conciliation or binding arbitration is, indeed, optional, as Madame Bégin has tried to assure us, I am somewhat relieved, but I would ask: Why would an option be in the bill? This would lead me to think that once in the bill it would no longer remain an option; it would be the norm and the options would not remain. If the options are going to be in the bill, they should all be in the bill or none of them should be in the bill.

I feel compelled to protest the process by which this and other amendments to Bill C-3 were made. It has been pointed out that there have been substantial changes made to the bill without consultation with the provinces and territories. I agree with those who say that this sort of action is intolerable when the area being dealt with, health care, is one of provincial and territorial jurisdiction.

Health care involves much more than is addressed in Bill C-3. In Yukon, we offer a range of programs including subsidized medical travel; health promotion; dental health; mental health; disease control; speech pathology; cancer diagnosis and more, many of which are not cost-sharable with the federal government. Such programs and related activities such as designing and installing safe water and sewer systems, will be the areas that will have much more impact on the health of Yukon residents and doctors' services and hospitals.

[Traduction]

aucun problème puisque nous les remplissons déjà, et nous ne nous opposons pas non plus à ce que le gouvernement fédéral participe à la prestation des services de santé au Yukon.

Monsieur le président, il se peut que le projet de loi amène le gouvernement fédéral à intervenir dans les affaires provinciales et territoriales, mais ce qui nous préoccupe avant tout dans la Loi canadienne sur la santé, c'est qu'elle nous obligerait à rendre davantage de comptes, ce qui pourrait s'avérer pour nous coûteux. Notre Direction des services de santé est très petite. Il nous faudrait rendre des comptes de services que nous finançons nous-mêmes. Le ministre fédéral de la Santé nationale et du Bien-être social nous a assurés que les exigences administratives additionnelles seraient limitées.

Des frais modérateurs ne sont plus imposés au Yukon, mais nous nous posons certaines questions sur la surfacturation. La surfacturation ne se pratique pas au Yukon à l'heure actuelle grâce à un accord avec l'Association médicale du Yukon, mais elle n'est pas interdite par la loi. Les médecins du Yukon se considèrent comme des professionnels indépendants, pas comme des employés du gouvernement. Le barème de leurs honoraires est négocié avec l'Association médicale du Yukon. L'accord actuel est intervenu pour une période de deux ans. Le barème et d'autres questions font l'objet d'une révision et de discussions tous les trois mois. Cet accord nous satisfait et nous ne voudrions pas qu'il soit menacé. Nous croyons qu'il pourrait l'être par la référence dans le nouvel article 12 à l'arbitrage obligatoire. Les médecins du Yukon ont toujours regimbé devant toute allusion à l'arbitrage obligatoire lorsqu'il est question de la négociation de leurs honoraires.

M^{me} Bégin nous a assurés que la conciliation et l'arbitrage obligatoire étaient en fait optionnels. J'en suis soulagé, mais voici la question que je me pose: pourquoi pour un choix devrait-il figurer dans le projet de loi? Cela m'amène à croire que ce choix ne demeurerait pas facultatif; il deviendrait la norme. Si le projet de loi doit comporter des choix, ils devraient tous y être énumérés ou aucun ne devrait y figurer.

Je me sens obligé de protester contre la façon dont cet amendement et les autres ont été apportés au projet de loi C-3. Certains ont fait remarquer que le gouvernement fédéral avait apporté des changements substantiels au projet de loi sans avoir consulté les provinces et les territoires. Je suis d'accord avec ceux qui disent que ce genre d'action est intolérable puisque la question en cause, l'assurance-maladie, relève de la compétence des provinces et des territoires.

Les soins de santé ne se limitent pas aux questions sur lesquelles porte le projet de loi C-3. Au Yukon, nous offrons une vaste gamme de programmes comprenant le financement des déplacements pour recevoir des soins, la promotion de la santé, l'hygiène dentaire, la santé mentale, la prophylaxie, l'orthophonie, le dépistage du cancer et plus encore, programmes dont les coûts ne sont pas, dans bien des cas, partagés avec le gouvernement fédéral. De tels programmes et les activités qui en découlent, dont l'installation de réseaux d'aduction d'eau et d'égouts, ont beaucoup plus de chance d'améliorer la santé des résidents du Yukon et les services fournis par les médecins et les hôpitaux.

[Text]

Mr. Chairman, the main concern we have is the appearance of an attempt by the federal government to diminish provincial and territorial power in the area of health care delivery in the absence of full consultation with the provinces and territories. We, in the Yukon, see this as a serious violation of federal and provincial understandings and constitutional principles. Mr. Chairman, I can sit here and say that we in Yukon are experts on intrusions in what should be our legislative ability, as we are a democratically-elected legislature. Thank you very much for your time, honourable senators.

The Chairman: Thank you very much, Mr. Philipsen. We will now call on Mr. Gerald White, Director of Health Policy, Province of Newfoundland.

Mr. Gerald White, Director of Health Policy, Province of Newfoundland: Mr. Chairman, honourable senators, I feel honoured today, as a representative of the Newfoundland government, to present my minister's views on this bill to your committee. The fact that these deliberations are taking place today illustrates the importance of delaying passage of the Canada health act in its present form. We know that you will give close scrutiny to this bill. Other provincial ministers have given detailed comments on it, both from an overall national perspective and from their own individual perspectives. This bill will impact on every region, every province and territory of Canada. It will impact upon Ministers of Health, health administrators, health professionals and the public in general. What we are seeking is a compromise on the provisions that are of fundamental concern to the provinces.

This is the second time that the Province of Newfoundland has appeared before a parliamentary committee on Bill C-3. A little less than two months ago the province made a presentation to the House of Commons Standing Committee on Health, Welfare and Social Affairs when it deliberated on Bill C-3. What we stressed then, and continue to believe now, is the need for a reasonable approach to the Canada health act—not one encumbered with sanctions. Since that time, some amendments have been made to the bill. Some of them appear to have responded to concerns expressed by Newfoundland.

However, as a result of the amendments, other concerns have arisen, particularly with respect to the amendment to section 12, which provides for a dispute resolution mechanism in terms of compensation paid to physicians. While we fully recognize that adherence to this provision was optional, its very existence does have the potential to cause problems between the province and our medical association. As a matter of policy, our province only resorts to binding arbitration as a dispute resolution mechanism under serious situations, and not as an ordinary means of resolving disputes.

We do not wish to repeat in detail the concerns expressed in our brief to the House of Commons standing committee, but merely to note them in passing. The province continues to have concerns about the necessity to incorporate into law and,

[Traduction]

Monsieur le président, nous nous inquiétons surtout du fait que le gouvernement fédéral semble avoir essayé de diminuer les pouvoirs des gouvernements provinciaux et territoriaux dans le domaine des soins de santé sans les avoir pleinement consultés. Cela équivaut à notre avis à une violation grave des quorums fédéraux-provinciaux et des principes constitutionnels. Monsieur le président, je pense être assez bien placé pour parler de l'ingérence du gouvernement fédéral dans nos affaires législatives étant donné que le Yukon est doté d'une assemblée législative élue démocratiquement. Merci de m'avoir écouté, honorables sénateurs.

Le président: Merci, monsieur Philipsen. Je demanderai maintenant à M. Gerald White, administrateur de la politique de la Santé de la province de Terre-Neuve de prendre la parole.

M. Gerald White, administrateur de la politique de la santé, province de Terre-Neuve: Monsieur le président, honorables sénateurs, je suis honoré aujourd'hui, en tant que représentant du gouvernement de Terre-Neuve, d'exposer à votre Comité les vues de mon ministre sur ce projet de loi. La réunion que nous tenons ici aujourd'hui illustre l'importance qu'il y a à retarder l'adoption de la Loi canadienne sur la santé dans sa forme actuelle. Nous savons que vous examinerez de près ce projet de loi. D'autres ministres provinciaux ont fait des observations détaillées sur le projet de loi, dans une perspective nationale plus personnelle. Ce projet de loi aura des répercussions sur chaque région, chaque province et chaque territoire du Canada. Il en aura sur les ministres de la Santé, les administrateurs de la santé, les professionnels de la santé et le public en général. Ce que nous cherchons, c'est un compromis sur les dispositions qui préoccupent les provinces.

C'est la deuxième fois que la province de Terre-Neuve témoigne devant un comité parlementaire au sujet du projet de loi C-3. Il y a un peu moins de deux mois, il a témoigné devant le Comité permanent de la santé, du bien-être et des affaires sociales de la Chambre des communes dans le cadre de son étude du projet de loi C-3. Ce sur quoi nous avons alors insisté et en quoi nous continuons à croire, c'est la nécessité d'une approche raisonnable de la Loi canadienne sur la santé—qui ne devrait pas être truffée de sanctions. Depuis, un certain nombre d'amendements ont été apportés au projet de loi. Certains semblent répondre aux préoccupations exprimées par Terre-Neuve.

Toutefois, ces amendements ont fait naître d'autres préoccupations, notamment celui apporté à l'article 12 qui prévoit un mécanisme de règlement des différends concernant la rémunération des médecins. Bien que nous reconnaissons entièrement que le respect de cette disposition est facultatif, son existence même risque de créer des problèmes entre la province et notre association médicale. Notre province a pour politique de ne recourir à l'arbitrage obligatoire comme mode de règlement qu'en cas de différends graves.

Nous ne tenons pas à revenir sur les préoccupations exprimées dans notre mémoire au Comité permanent de la Chambre des communes, mais voulions tout simplement les mentionner en passant. Ma province continue à s'interroger sur la

[Text]

subject to penalty, a requirement to provide the federal government with "information", and "adequate visibility" for its significant contributions to our health care programs. We believe that this requirement can be met, and would be met with us, without adherence to this requirement. Similarly, we would like to feel that we are mature and responsible enough to deal with the issues of "extra billing" and "user fees" within our province.

Finally, we continue to have serious concerns about the capability of our province in the long term to fund what we consider to be a comprehensive range of health care services in the wake of reduced transfer payments over the past two years, resulting particularly from the elimination of the revenue guarantee compensation payment already referred to.

We realize that honourable senators are not here to discuss the fiscal arrangements legislation. However, as one of the provinces responsible for delivering the programs for which federal transfers are earmarked, we would point out the interconnections between the legislation and the proposed Canada health act. The first sets the financial parameters of the federal involvement in our present health care system. The proposed Canada health act would set forth the program conditions that provinces must meet to receive their full contribution. While we recognize the benefit of the spending power of Parliament to be an instrument of positive influence in our nation, we do not believe that this should be used in a manner which would restrict the provinces in discharging their responsibilities in the health care field.

But what can the provinces do individually and collectively to sway the federal government from this course of action? Individually and collectively, to some extent, we have brought our case to the federal minister. We have appeared before the standing committee of the House of Commons. We have now come to ask the Senate members to consider the reasonableness of our position and the importance of undertaking a very detailed review of this bill.

Newfoundland was one of the first provinces to suggest that a new Canada health act should be no more than a consolidation of the existing hospital insurance and medicare legislation, and a reaffirmation of our belief in the principles of medicare. This bill goes far beyond that, to provide the framework for a new medicare arrangement in Canada which some provinces may not be able to deliver in full. The discussions that have been ongoing around Bill C-3 in recent months have enabled us and other provinces to try to share our concerns and problems with a broader constituency of people. We hope that, as a result of the presentations that have been made, and the discussions that have taken place, there will be some recognition of the legitimate concerns that have been raised.

Mr. Chairman and honourable senators, we would conclude by stating Newfoundland's deep concern about Bill C-3 in its present form. We share the concerns raised by our provincial

[Traduction]

nécessité d'incorporer dans une loi l'obligation, sous peine d'amende, de fournir des «renseignements» au gouvernement fédéral, et de faire état de ses contributions à nos programmes de soins de santé. Nous pensons pouvoir remplir cette obligation sans qu'elle soit précisée dans la loi. De même, nous aimerions pouvoir penser que nous sommes suffisamment adultes et responsables pour régler les questions de la «surfacturation» et des «frais modérateurs» dans nos provinces.

Enfin, nous continuons à nous demander si nous pourrions à long terme financer ce que nous considérons comme une longue liste de services de santé étant donné la réduction des paiements de transfert au cours des deux dernières années découlant surtout de la suppression du paiement de péréquation dont on a déjà parlé.

Nous nous rendons bien compte que les honorables sénateurs ne sont pas ici pour discuter de la loi sur les accords fiscaux. Toutefois, en tant que l'une des provinces responsables de la prestation de programmes auxquels des crédits fédéraux sont transférés, nous tenons à faire ressortir les liens qui existent entre ceux-ci et la Loi canadienne sur la santé proposée. La loi sur les accords fiscaux établit les limites de l'aide financière du gouvernement fédéral au titre de notre régime actuel d'assurance-maladie. La Loi canadienne sur la santé proposée définirait les conditions d'octroi auxquelles les provinces doivent satisfaire pour recevoir leur pleine contribution. Bien que nous reconnaissons que le gouvernement puisse se servir de son pouvoir de dépenser pour exercer une influence positive sur notre pays, nous nous croyons pas qu'il puisse l'utiliser d'une façon qui empêcherait les provinces de s'acquitter de leurs responsabilités dans le domaine des soins de santé.

Mais que peuvent faire les provinces individuellement et collectivement, pour détourner le gouvernement fédéral de cette voie? Individuellement et collectivement, nous avons fait connaître nos vues au ministre fédéral. Nous avons témoigné devant le Comité permanent de la Chambre des communes. Nous sommes venus aujourd'hui devant les sénateurs pour leur demander de tenir compte du caractère raisonnable de notre position et de l'importance pour eux de se livrer à une étude très détaillée de ce projet de loi.

Terre-Neuve a été une des premières provinces à dire que la nouvelle Loi canadienne sur la santé ne devrait être qu'une simple refonte des actuelles lois sur l'assurance-hospitalisation et les services diagnostiques et sur les soins médicaux, et réaffirme tout simplement notre adhésion aux principes de l'assurance-maladie. Ce projet de loi va beaucoup plus loin: il établit les bases d'un nouveau régime d'assurance-maladie pour le Canada, que certaines provinces pourraient ne pas être en mesure d'offrir. Les discussions qui ont entouré le projet de loi C-3 au cours des derniers mois nous ont permis, ainsi qu'aux autres provinces, d'essayer de parler de nos préoccupations et de nos problèmes avec un plus vaste segment de la population. Nous espérons que les doléances qui ont été présentées et que les discussions qui se sont amorcées vous permettront de reconnaître que nos préoccupations sont légitimes.

Monsieur le président, honorables sénateurs, je dirai en guise de conclusion que la province de Terre-Neuve s'interroge elle aussi sur le projet de loi C-3 tel qu'il existe actuellement.

[Text]

counterparts. We trust that you will consider our collective concerns and give a clear signal to the federal government that further consultation with the provinces—or, barring that, recognition of our concerns—be undertaken, as being necessary before this bill becomes law. We thank you for the opportunity to present our views.

The Chairman: Thank you, Mr. White. May I say that this committee extends to you and your government congratulations on celebrating this year 35 years in Confederation. We hope that you will continue to stay with us.

Senator Marshall: Mr. Chairman, you are taking a lot for granted.

The Chairman: I wish also to say that the minister for Manitoba was here last week, but he is not present with us today. However, we have with us the Honourable David Russell, Minister of Hospitals and Medical Care for the Province of Alberta, who led off the discussion with the introduction of the various provincial ministers. We will now give him an opportunity to sum up and to tell us where the Province of Alberta fits into the scheme.

Mr. Russell: Thank you, Mr. Chairman. Honourable senators, you have been most patient and attentive in dealing with what has been a worrisome topic for Canadians. Alberta has prepared a submission and it has several specific suggestions vis-à-vis amendments that might be made if the bill is to pass. I will not read it or refer to it, because you have heard it several times. However, there is something more important that I wish to say while I have this opportunity to speak. You have sat and listened patiently to the health ministers of Canada, representing all of our nation's regions, from the Atlantic to the Pacific, from the forty-ninth parallel to the Arctic, and unanimously, no matter what our political stripes or beliefs, we oppose this legislation. Are we all wrong? We have all said that we support the principles of medicare, that we are committed to ensuring the continuation of an excellent health care system for Canada. We all appear annually at our Treasury Board tables, fighting for the biggest share of our provincial budgets to carry out our commitments and the beliefs we have, and from time to time we go back and face our electors to see if they approve of what we are doing.

Are we all wrong? Is the federal government right, or is there something we are collectively saying to you? We have used every avenue open in the system of developing a new Canada health act, and today it seems to me rather tragic that, on the eve of the bill being passed, we should be collected together with the federal minister, perhaps breaking open a bottle of champagne and toasting the new era in health care services for Canadians. Instead, we are dividing the federal government and its policies further away from the various provinces who, under the Constitution, have the day-to-day responsibility of dealing with hospital boards, with the nurses when they go on strike, with the doctors when they are angry and underpaid, with people who feel they have been unfairly

[Traduction]

Nous avons les mêmes préoccupations que nos homologues provinciaux. Nous sommes persuadés que vous saurez en tenir compte et que vous ferez comprendre au gouvernement fédéral qu'il doit consulter les provinces—ou à tout le moins reconnaître leurs préoccupations—avant d'adopter ce projet de loi. Nous vous remercions de l'occasion qui nous a été offerte de faire connaître nos vues.

Le président: Merci, monsieur White. Permettez-moi, au nom du Comité, de vous offrir, à vous et à votre gouvernement, toutes nos félicitations puisque vous célébrez cette année le 35^e anniversaire de votre entrée dans la Confédération. Nous espérons vous avoir parmi nous longtemps.

Le sénateur Marshall: Monsieur le président, vous tenez bien des choses pour acquises.

Le président: Je tiens également à ajouter que le ministre du Manitoba était parmi nous la semaine dernière, mais qu'il n'a pu venir aujourd'hui. Toutefois, nous avons avec nous l'honorable David Russell, ministre des Hôpitaux et des Soins médicaux de la province de l'Alberta qui a lancé la discussion en présentant les divers ministres provinciaux. Nous lui donnerons donc l'occasion de récapituler et de nous dire ce que pense la province de l'Alberta de ce projet de loi.

M. Russell: Merci, monsieur le président. Honorables sénateurs, vous avez su écouter avec patience nos récriminations au sujet d'une question qui préoccupe les Canadiens. L'Alberta a présenté un mémoire et aurait à faire plusieurs recommandations précises quant aux amendements qui pourraient être apportés au projet de loi s'il devait être adopté. Je ne le lirai pas ni n'en ferai mention, parce que vous en avez pris connaissance à plusieurs reprises. Toutefois, il y a quelque chose de plus important encore que j'aimerais dire tant que j'ai la parole. Vous avez écouté patiemment les ministres de la Santé du Canada, qui représentent toutes nos régions, de l'Atlantique au Pacifique, du 49^e parallèle à l'Arctique et qui, unanimement, peu importe leurs tendances politiques, s'opposent à ce projet de loi. Avons-nous tous tort? Nous nous sommes tous entendus pour dire que nous approuvions les principes de l'assurance-maladie et nous nous sommes tous engagés à continuer à assurer d'excellents services de santé aux Canadiens. Nous nous présentons à tour de rôle chaque année à la table du Conseil du trésor pour lui demander les fonds nécessaires pour nous acquitter de nos obligations et mettre en pratique ce à quoi nous croyons, et de temps à autre nous retournons devant nos électeurs pour savoir s'ils approuvent ce que nous faisons.

Avons-nous tous tort? Le gouvernement fédéral a-t-il raison ou essayons-nous collectivement de vous dire quelque chose? Nous avons usé de tous les moyens à notre disposition pour que soit élaborée une nouvelle Loi canadienne sur la santé et il me semble plutôt tragique que, à la veille de l'adoption du projet de loi, au lieu d'être réunis avec le ministre fédéral, pour sabler le champagne peut-être et lever notre verre au début d'une ère nouvelle de services de santé pour les Canadiens. Au contraire, nous nous battions, et l'écart s'élargit entre le gouvernement fédéral et sa politique et les diverses provinces, qui, en vertu de la Constitution, doivent quotidiennement traiter avec les conseils d'hôpitaux, les infirmiers lorsqu'ils se mettent en grève, les médecins lorsqu'ils sont en colère et sous-payés et la

[Text]

treated. So we are the ones on the front line. We have made a variety of suggestions about abandoning the act, delaying it, maintaining the status quo, changing the amendments, and asking for further consultation. At this point the only hope we perceive is that honourable senators will use their authority and their collective wisdom to tame this tiger. I thank you and I underline the stress, concern and discouragement of the provincial Ministers of Health as they appear before you in response to your kind invitation.

The Chairman: Thank you, Mr. Minister. We thank all of the minister for their views. We have a full committee here today. All of our members are present to hear the presentations. In addition, there are present senators who are not members of our committee but who are interested in hearing your briefs and views. You can rest assured that the Senate of Canada will take under advisement all that you said. As chairman, I wish to say that I personally feel that the Canada health act is a misnomer. It really only takes in hospitalization and diagnostic services and medicare. I realize many other items come under the health care programs in the departments, whether it be ambulance services in the northern part of Ontario, psychiatric services, home care services or chronic hospitalization. Those items are not included in this bill.

I also realize that the health problem is of provincial jurisdiction. What would provincial governments and provincial ministers of health say to me if I were to suggest to them that, after some discussion, the Senate committee pass the bill, and suggest to the Senate that a committee be set up to look into the total health care system and report back to the Parliament of Canada? In this way the provincial ministers, the medical people, the nurses associations and the consumers in the provinces would all have some input. One of the recommendations would be that the federal and provincial ministers sit down in unison to discuss some of the problems in order that we might see on a country-wide basis whether or not ministers can agree, in a consultative method, to a comprehensive Canada health act which would enable the putting together of a package agreeable to all. I believe this might be something that the Parliament of Canada would be prepared to accept. I know that the bill, if it should pass, is deemed to become effective April 1. Further, I believe that July 1 is the date at which deductions will be made from the provinces, if they use extra billing or user fees. Under the provisions of clause 25 the money collected will be held in trust for three years. So if a committee were set up within a year to look into this problem and report back to Parliament, this would allow an opportunity for a federal-provincial conference to be held. Also, in this time frame, legislation could be passed by the local legislatures and the federal government. Perhaps, before the three years is up we could have in place a comprehensive health care plan for all of Canada. Would the ministers of health of the provinces support such a recommendation if it were made by our com-

[Traduction]

population lorsqu'elle croit avoir été traitée injustement. C'est nous qui sommes au front. Nous avons avancé plusieurs suggestions et proposé entre autres que la loi soit abandonnée, que son adoption soit retardée, qu'il y ait maintien du statu quo, qu'on modifie les amendements ou qu'il y ait une plus grande consultation. Il ne nous reste plus qu'à espérer que les honorables sénateurs useront de leurs pouvoirs et de leur sagesse collective pour tout ramener dans l'ordre. Je vous remercie et je tiens à souligner la tension, les préoccupations et le découragement qu'éprouvent les ministres provinciaux de la Santé qui sont venus aujourd'hui témoigner devant vous en réponse à votre aimable invitation.

Le président: Merci, monsieur le ministre. Nous remercions tous les ministres de nous avoir exposé leurs vues. Nous sommes tous réunis aujourd'hui. Tous nos membres sont venus entendre vos témoignages. En outre, nous avons parmi nous des sénateurs qui ne sont pas membres de notre Comité, mais qui voulaient connaître vos vues. Soyez assurés que le Sénat canadien tiendra compte de tout ce que vous avez dit. Personnellement, en tant que président, je tiens à dire que la Loi canadienne sur la santé porte un nom impropre. Sont compris: l'hospitalisation, les services diagnostiques et l'assurance-maladie. Pourtant de nombreux autres éléments relèvent des programmes de soins de santé des ministères, qu'il s'agisse des services d'ambulance dans le nord de l'Ontario, des services psychiatriques, des soins à domicile ou des services d'hospitalisation des malades chroniques. Or, le projet de loi ne comprend pas ces éléments.

Je constate aussi que le problème des soins de santé relève de la compétence des provinces. Que diraient les gouvernements provinciaux et leurs ministres de la Santé si, après discussion, je leur suggérais que le Comité sénatorial adopte le projet de loi et propose au Sénat de constituer un Comité pour étudier l'ensemble des services de soins de santé et faire rapport au Parlement du Canada? De cette façon, les ministres provinciaux, le corps médical, les associations d'infirmiers et d'infirmières et les consommateurs des provinces auraient leur mot à dire. L'une des recommandations prévoirait que les ministres fédéral et provinciaux se réuniraient pour étudier certains problèmes et voir à l'échelle du pays si, par la consultation, les ministres peuvent s'entendre sur l'adoption d'une Loi canadienne sur la santé qui contienne un ensemble de dispositions satisfaisantes pour tous. Je crois que le Parlement du Canada serait disposé à accepter cette proposition. Je sais que le projet de loi, s'il est adopté, sera réputé entrer en vigueur au 1^{er} avril. Je crois aussi qu'on a fixé au 1^{er} juillet la date à laquelle des déductions seront exigées des provinces, si elles recourent à la surfacturation ou imposent des frais modérateurs. Aux termes des dispositions de l'article 25, les fonds recueillis seront déposés en fiducie pour une période de trois ans. Si bien que si un comité était constitué d'ici un an pour étudier ce problème et faire rapport au Parlement, nous pourrions tenir une conférence fédérale-provinciale. D'ici là, le texte de loi pourrait être adopté par les assemblées législatives des provinces et le gouvernement fédéral. Peut-être même qu'avant que ce soient écoulés ces trois ans, nous pourrions avoir mis en place un système complet de soins de santé pour

[Text]

mittee? I will start with Mr. Russell and ask him for his comment.

Mr. Russell: Certainly Alberta would, if you are suggesting that as an alternative to the passage of Bill C-3. We deem that to be essential. I have heard my colleagues say that they are ready and willing at any time to sit down and consult. I cannot presume to speak for all of them but, certainly, Alberta would do that, if it is an alternative to our present course.

The Chairman: How about Nova Scotia?

Mr. Sheehy: I think Nova Scotia would be on the same basis as Alberta; we would be very interested in the idea.

The Chairman: What about New Brunswick?

Mr. Gallagher: Of course, we could not talk as much as we have today about lack of consultation and not agree with any opportunity to sit down and consult about the real health care needs as far as our different jurisdictions are concerned across the country. We do vary; there are various levels of health care and there are various conditions which create these levels. So, yes, of course, I would be most willing to take part in this.

The Chairman: What about Ontario?

Mr. Norton: Mr. Chairman, I think that what you have suggested sounds like the first constructive suggestion we have heard on this subject for a very long time. Along with my colleague from Alberta, I would say that we would welcome such an opportunity, particularly if the present bill were to be held in abeyance. Ontario, like every other province, does not look forward to being in non-compliance with federal legislation; therefore, it would be very important in that process that the present bill, whether by agreement between the two houses of Parliament or whatever, be held in abeyance pending the outcome of your proposal. In this way we would avoid the awkward situation of not knowing for sure whether or not we ought to be making adjustments in our system in order to comply with the particular legislation. We have tried to emphasize from the beginning precisely the sort of thing which you have suggested, that is, if the issues are of sufficient importance then we ought to be sitting down in a collegial way and addressing the real issues of the health care system. We would welcome that opportunity.

The Chairman: What about the province of Quebec?

Mr. Johnson: Mr. Chairman, it is our understanding from the way you have phrased your introductory remarks, that you would not pass the bill in order to go through with the process. If that were the option then we would agree. Or, did I understand that the Senate would pass the bill after third reading in the House of Commons and delay the sanction by the Governor Gen?

[Traduction]

tout le Canada. Les ministres de la Santé des provinces appuieraient-ils cette recommandation si le Comité la faisait? Je cède la parole à M. Russell et lui demande son avis.

M. Russell: L'Alberta y souscrirait certainement, si cette recommandation est une solution de rechange à l'adoption du projet de loi C-3. Nous jugeons même cette mesure essentielle. J'ai entendu mes collègues dire qu'ils sont disposés à étudier la question à tout moment et à participer à des consultations. Je ne peux prétendre parler au nom de tous, mais il est certain que l'Alberta appuierait cette recommandation si elle constituait une solution de rechange.

Le président: Et la Nouvelle-Écosse?

M. Sheehy: Je pense que la Nouvelle-Écosse ferait comme l'Alberta. Cette idée nous intéresse beaucoup.

Le président: Le Nouveau-Brunswick?

M. Gallagher: En ce qui concerne les divers niveaux de compétence du pays, nous ne pouvons certainement pas d'une part déplorer comme nous l'avons fait aujourd'hui le manque de consultation et d'autre part refuser l'occasion qui nous serait offerte de nous réunir pour nous consulter au sujet des véritables besoins de la population en matière de soins de santé. Nous avons nos particularités. Il existe divers niveaux de soins de santé parce que diverses conditions justifient leur création. Nous serions donc tout à fait disposés à participer à un tel processus de consultation.

Le président: L'Ontario?

M. Norton: Monsieur le président, je pense que ce que vous venez de suggérer constitue la première proposition vraiment positive que nous ayons entendue depuis très longtemps. En accord avec mon homologue de l'Alberta, je dirais que nous nous réjouissons de saisir une telle occasion, surtout si le projet de loi actuel est mis en suspens. L'Ontario, comme toute autre province, ne cherche pas à contrevenir aux dispositions de textes de loi fédéraux. Par conséquent, il serait très important qu'au cours de ce processus de consultation, le projet de loi actuel, que cela se fasse par voie d'ententes entre les deux Chambres du Parlement ou autrement, soit suspendu en attendant le résultat de votre proposition. Nous éviterions ainsi de nous retrouver dans la situation délicate de ne pas savoir avec certitude si nous devons rajuster notre système pour le rendre conforme à un texte législatif donné. D'autant plus que depuis le début nous demandons avec insistance ce que vous avez proposé très exactement, à savoir que si les questions sont suffisamment importantes nous devons nous réunir et étudier les véritables problèmes du système des soins de santé. Nous saisirions donc pareille occasion.

Le président: Qu'en est-il du Québec?

M. Johnson: D'après la façon dont vous avez formulé vos observations préliminaires, nous avons l'impression que vous n'adopteriez pas le projet de loi afin de permettre la consultation. S'il en est ainsi, nous serions d'accord. Ou peut-être fallait-il comprendre que le Sénat adopterait le projet de loi après la troisième lecture à la Chambre des communes et en retarderait la proclamation par le Gouverneur général?

[Text]

The Chairman: I did not give any commitment that the Senate would or would not pass the bill. I have only one vote. When you get into the Senate you realize that all these honourable senators want to catch that vote—they have been brought up to that as boys and girls. Therefore, I cannot give you a commitment of what the Senate would or would not do, as I cannot give you a commitment with respect to what the House of Commons would or would not do. I can say this: if the House of Commons should pass the bill, and if the Senate should pass the bill, then we will have that three year period in which the money will be held in trust. We might be able to use that time in order to come up with some type of a consensus between the different levels of government.

Mr. Johnson: Once more, Mr. Chairman, I would like to understand very well the notion you are putting forward. You are saying that what would be withheld would be any action concerning the sanctions, would the rest of the bill apply? At this point in time our problem is not one of sanctions related to extra billing and user fees—we do not have any. We think we have a pretty darn good system even though it has problems. The reason we are against this bill and most of its provisions is that we do not think it will help at all to settle the type of problems we have in the system. Also, we are not in agreement with the sanctions aspect. Am I to understand that the eventuality you are putting forth, which I understand is not a commitment, would be to pass the bill in both houses and not apply the sanctions for three years? I am not sure we could agree with that; it is the rest of the bill which is unhelpful to us.

The Chairman: No; I do not mean to have anything withheld. I propose that if the bill should pass in the House of Commons and in the Senate that the bill will come into effect April 1. However, during the next three years we might be able to make some recommendations to the Parliament of Canada and to the Minister of National Health and Welfare to meet with the provincial ministers in order to negotiate something more agreeable to all.

Mr. Johnson: In closing, Mr. Chairman, my understanding of that type of proposition is that the bill would go through, it would apply retroactively to April 1 and we would start, maybe within another forum with Madame Bégin's proposal of meeting next year. Of course, I am not in accord with that. I think our problem is with the bill, besides the fact that the problem is sometimes rather the unresponsive way which the Minister of Health of Canada has of looking into matters.

The Chairman: Mr. Nielsen?

Mr. Nielsen: Mr. Chairman, if the federal government were to withhold passage of the bill as an act of good faith, and you have spoken of a three year period, I think it would be perhaps more reasonable if we looked at a one year period. However, if the federal government were to keep from putting the bill into its final motions and making it law, keep it in on the shelf or wherever it is handy in the event they wish to impose it in the

[Traduction]

Le président: Je n'ai pas du tout dit que le Sénat adopterait ou n'adopterait pas le projet de loi. Je n'ai qu'une voix. Quand on entre au Sénat, on se rend compte que tous les honorables sénateurs veulent s'en saisir. Ils ont d'ailleurs été élevés dans ce but. Par conséquent, je ne peux prendre d'engagement quant à ce que le Sénat ferait ou ne ferait pas, ni quant à ce que la Chambre des communes ferait ou ne ferait pas. Je peux toutefois dire que si la Chambre des communes et le Sénat adoptaient le projet de loi, nous disposerions alors d'une période de trois ans au cours de laquelle les fonds seraient détenus en fiducie. Nous pourrions utiliser ce délai pour en arriver à un certain consensus entre les divers niveaux de gouvernement.

M. Johnson: Une fois de plus, monsieur le président, j'aimerais que vous m'expliquiez votre idée. Vous dites qu'on suspendrait toute mesure concernant les sanctions, mais est-ce que les autres dispositions du projet de loi s'appliqueraient? Pour l'instant, nous ne nous inquiétons pas des sanctions qui ont trait à la surfacturation et à l'imposition de frais modérateurs, nous n'en avons aucun. Nous pensons que nous avons en main un excellent système, malgré ses lacunes. Si nous nous opposons à ce projet de loi, à la majorité de ses dispositions, c'est que nous ne pensons pas qu'il contribuera le moins du monde à régler les problèmes que pose le système. En outre, nous contestons l'aspect sanctions. Dois-je comprendre que la possibilité que vous évoquez, qui, je le comprends, n'est pas un engagement de votre part, consisterait à adopter le projet de loi dans les deux Chambres et à ne pas appliquer de sanctions pendant trois ans? Je ne crois pas que nous puissions nous entendre là-dessus. C'est le reste du projet de loi qui ne nous aide en rien.

Le président: Non, je ne prétends pas que nous suspendrions quoi que ce soit. Je propose que si le projet de loi étant adopté à la Chambre des communes et au Sénat, il entrerait en vigueur au 1^{er} avril. Toutefois, au cours des trois prochaines années à venir, nous pourrions présenter des recommandations au Parlement du Canada ainsi qu'au ministre de la Santé nationale et du bien-être social pour qu'elle rencontre les ministres des provinces afin de négocier une entente plus satisfaisante pour chacun.

M. Johnson: En terminant, monsieur le président, je déduis de ce type de proposition que si le projet de loi est adopté il s'appliquera avec effet rétroactif au 1^{er} avril, et que dans un autre forum nous commencerions à étudier la proposition de M^{me} Bégin au cours de l'année qui vient. Je ne suis évidemment pas d'accord là-dessus. Je pense que le véritable problème est le projet de loi, et que parfois même la difficulté tient au manque de collaboration du ministre de la Santé du Canada dans l'étude de ces questions.

Le président: Monsieur Nielsen?

M. Nielsen: Monsieur le président, pour prouver sa bonne foi le gouvernement fédéral pourrait suspendre l'adoption du projet de loi, pendant les trois ans dont vous avez parlé, mais je pense qu'il serait plus raisonnable de songer à une période d'un an. Toutefois, si le gouvernement fédéral met fin aux étapes d'adoption du projet de loi, et le met en réserve au cas où il

[Text]

period of one year, then it would be quite reasonable provided we have the opportunity of meeting.

British Columbia would be quite prepared to work very, very hard with the other provinces and the federal government to try to resolve some of the real problems of health care. I think that asking the federal government to withhold passage of the bill for perhaps one year is not unreasonable because the federal minister has not established any urgency for the passage of the bill. There is simply no conclusive evidence that there is an urgent matter to be dealt with. If the proposition were put forward that the bill be hoisted for one year, we would very, very quickly move to get into the consultative process and try to resolve some of the real problems. Your suggestion, if it were coupled with that act of good faith, would go a long way to resolving some of the real problems affecting the health care system in this country.

The Chairman: Thank you, but I should like to make it quite clear, in the event that someone has misinterpreted my comments, that I did not suggest we postpone the passage of the bill for one year; what I asked for, if the bill should pass, was the opinion of the different ministers from the provinces if a parliamentary committee were to look into this matter in co-operation with the provinces and make a recommendation to the Minister of National Health and Welfare that she meet with the provincial ministers.

Mr. Nielsen: If I could continue, Mr. Chairman, I think that I concur with the Province of Quebec that it is not just the fiscal penalties that concern British Columbia; many, many other aspects of the bill concern us as well. We would be placed in the position whereby we would have to restructure our health care system immediately to meet some of the commitments contained in Bill C-3. So, while consultation and meetings would be useful, that will not slow the tide; we simply would have to respond to the bill in a negative way.

The Chairman: Mr. Fogarty?

Mr. Fogarty: Mr. Chairman, obviously we would prefer to have some further amendments to the bill. I am assuming that, in fact, it will pass, and that is certainly our first preference. Whether it passes or not, there is a very definite need to do the kind of thing you are recommending, because the approach to an analysis, an assessment of reform of our health care over the past few years, at least, has been most fragmented. Whether that was because of political differences within different levels of governments, or what, I do not know. As somebody else indicated today, my problem in Prince Edward Island is that we will have to cut back on things such as the services provided by public health nurses and the children's dental program. Institutional care in my province consumes 74 per cent of my budget—institutional care alone consumes 74 per cent of my budget. So, we have every reason to want to participate in that kind of endeavour, if it is undertaken in a serious way. Again, I would have to say whether or not the bill passes we still want that kind of an endeavour because, in fact, the bill also represents more problems for us down the road in two, five or ten years, and that is all the more reason that king

[Traduction]

souhaiterait l'imposer d'ici un an, ce serait tout à fait raisonnable à condition que nous ayons l'occasion de nous réunir.

La Colombie-Britannique serait tout à fait disposée à collaborer entièrement avec les autres provinces et le gouvernement fédéral pour tenter de résoudre certains des véritables problèmes que pose le système des soins de santé. Je pense qu'il n'est pas déraisonnable de demander au gouvernement fédéral de suspendre l'adoption du projet de loi pendant un an peut-être étant donné qu'il n'a décrété aucune urgence en la matière. Rien ne montre qu'il est urgent de régler cette question. S'il était proposé que le projet de loi soit suspendu pendant un an, nous nous empresserions d'entreprendre un processus de consultation et d'essayer de résoudre certains véritables problèmes. Votre proposition, si elle s'ajoutait à cette preuve de bonne foi, permettrait vraiment de résoudre certains des vrais problèmes que pose notre système des soins de santé.

Le président: Je vous remercie, mais je tiens à préciser, au cas où quelqu'un aurait mal compris mes observations, que je n'ai pas proposé de retarder d'un an l'adoption du projet de loi. J'ai demandé que si le projet de loi était adopté, on prenne connaissance de l'opinion des différents ministres des provinces si un comité parlementaire est constitué pour étudier cette question en collaboration avec les provinces, et qu'une recommandation soit présentée, au ministre de la santé nationale et du Bien-être social pour qu'elle rencontre les ministres provinciaux.

M. Nielsen: Si vous le permettez, monsieur le président, je suis d'accord avec le Québec pour dire que ce ne sont pas seulement les sanctions d'ordre fiscal qui inquiètent la Colombie-Britannique. Un très grand nombre d'aspects du projet de loi nous préoccupent aussi. Nous serions contraints de restructurer notre système de santé sur-le-champ pour satisfaire à certains des exigences du projet de loi C-3. Ainsi, bien que le processus de consultation et les réunions puissent être utiles, ils ne freineront pas l'élan déjà donné. Il nous faudrait nous opposer au projet de loi.

Le président: M. Fogarty?

M. Fogarty: Monsieur le président, nous préférierions certainement modifier encore le projet de loi. Je suppose qu'il sera effectivement adopté, et c'est ce que nous voulons. Toutefois, que le projet devienne loi ou non, il demeure essentiel de faire ce que vous recommandez parce qu'on a jusqu'à maintenant trop fragmenté l'évaluation de la réforme de notre système de santé, au cours des dernières années tout au moins. Je ne saurais dire si la situation tient aux différends politiques entre les divers niveaux de gouvernement. En ce qui concerne l'Île-du-Prince-Édouard, comme quelqu'un l'a déjà dit aujourd'hui, je m'inquiète du fait que nous devons retirer certains éléments comme les services que dispensent les infirmiers et infirmières de l'hygiène publique de même que les programmes d'assurance-dentaire pour les enfants. Dans ma province, les traitements par hospitalisation représentent 74 p. 100 de mon budget, je dis bien 74 p. 100 de mon budget. Nous avons donc toutes les raisons de vouloir participer à ce genre d'entreprise, si elle est sérieuse. J'aimerais ajouter que, peu importe que le projet de loi soit adopté ou non, nous demandons que ces consultations aient lieu parce que le projet de loi nous posera

[Text]

of comprehensive study of the health care system of the country is required.

The Chairman: Thank you. Mr. Taylor, would you support the philosophy?

Mr. Taylor: Mr. Chairman, in listening to your proposal, I heard it as having three dimensions to it. Certainly Saskatchewan has, from the outset of the proposed Canada health act, strongly argued for a more comprehensive approach to health care in this country. You heard me say that today, and that has been our stance and will always be our stance.

So, in that regard we welcome your suggestion. However, there are two other dimensions we should look at, one being, as Pierre-Marc Johnson has said, that the sanctions, the penalties—if I read your suggestion correctly—be held in abeyance so that something could be worked out and they not come into effect right away. If the bill does come into effect, there is a third dimension, and that is the binding arbitration, and the limit to the number of people we can bill.

I do not see how one year down the trail or three years down the trail that will change, so I think that if we really want to see an act of good faith, an act on behalf of all parliamentarians to build in Canada what the Canadian people want—the best health care system possible—the only way all three dimensions can be met is to withhold passage of the bill and, as Mr. Nielsen has said, build it from there. Saskatchewan supports that entirely.

The Chairman: Mr. Philipsen?

Mr. Philipsen: Thank you, Mr. Chairman. Simply stated, we would not be here today if we were not very unhappy with the bill and the amendments. Therefore, we in the Yukon would like to see the amendments addressed before passage of the bill. Further to that, the Government of the Yukon would be happy to be included in any consultative process that would enhance the issue of health care in Canada. We would be happy to participate in those meetings.

The Chairman: Thank you. Mr. White from Newfoundland?

Mr. White: We, too, would like to see amendments to the bill, especially the section dealing with compulsory arbitration. That section was mentioned by Mr. Taylor. It is difficult for me to give you a definitive response without consulting my minister, but I feel safe in saying that he would be favourably disposed to any proposal which would seek to deal with the issues that have been put on the table today.

Mr. Norton: Mr. Chairman, I clarified my concern about the situation if the bill should pass prior to such a consultation. The dilemma for us would not only be the issue relating to penalties, but perhaps more importantly, to such matters as the reference I made to the expended definition of “insured hospital services”.

[Traduction]

encore davantage de difficultés dans deux, cinq ou dix ans, et que ce sont autant d'éléments qui montrent que le type de système de soins de santé que nous avons au Canada nécessite une étude en profondeur.

Le président: Je vous remercie. Monsieur Taylor partagez-vous ce point de vue?

M. Taylor: Monsieur le président, en écoutant votre proposition, j'en ai dégagé trois aspects. Dès la présentation du projet de loi, la Saskatchewan a réclamé une approche plus complète des soins de santé. Vous m'avez entendu le dire aujourd'hui, cela a toujours été notre position et nous n'en changerons pas.

Aussi, à cet égard, nous accueillons avec joie votre proposition. Toutefois, il y a deux autres aspects dont nous devrions tenir compte. D'abord, comme l'a dit Pierre-Marc Johnson, les sanctions, et je pense bien comprendre votre proposition, seraient suspendues afin que nous puissions en arriver à une solution; les sanctions ne seraient pas appliquées immédiatement. Si le projet de loi entre en vigueur, et c'est là le troisième aspect, il y aura arbitrage obligatoire, et limitation du nombre de personnes que nous pourrions facturer.

Je ne vois pas comment il pourrait en être autrement dans un, deux ou trois ans, et c'est pourquoi je pense que si nous voulons vraiment agir en toute bonne foi, et au nom de tous les parlementaires pour qu'ils mettent en place ce que veulent les Canadiens, soit le meilleur système de soins de santé possible, la seule façon de tenir compte de ces trois aspects est de suspendre l'adoption du projet de loi, et, comme l'a dit M. Nielsen, partir de là. La Saskatchewan est entièrement d'accord.

Le président: M. Philipsen?

M. Philipsen: Je vous remercie, monsieur le président. J'avoue que nous ne serions pas ici aujourd'hui si nous n'étions pas mécontents du projet de loi et des modifications. Par conséquent, nous, du Yukon, aimerions que les modifications soient étudiées avant l'adoption du projet de loi. En outre, le gouvernement du Yukon aimerait participer à tout processus de consultation qui ferait progresser les soins de santé au Canada. Nous serions heureux de participer à ces rencontres.

Le président: Je vous remercie. Monsieur White, de Terre-Neuve?

M. White: Nous aimerions aussi que soit modifié le projet de loi, et surtout la disposition qui porte sur l'arbitration obligatoire. M. Taylor a déjà parlé de cette disposition. Il m'est difficile de donner une réponse définitive sans avoir d'abord consulté le ministre de ma province, mais je crois pouvoir affirmer qu'il serait disposé à souscrire à toute proposition qui viserait à régler les questions qui ont été soulevées aujourd'hui.

M. Norton: Monsieur le président, j'ai exposé les préoccupations que me cause l'adoption éventuelle du projet de loi avant ce processus de consultation. Pour nous, le dilemme n'est pas la question des sanctions, mais un aspect peut-être plus important encore soit l'élargissement de la définition des services hospitaliers assurés dont j'ai déjà parlé.

[Text]

It would seem to me that at the time of passage of the legislation the citizens of Ontario, in my case, would be entitled by law—the law of Canada—to a certain range of services in the hospitals which we currently provide through, for example, our health units. I should assume that they would be entitled to demand that those services be provided according to the law in the hospitals. That may put us in the position of having to expend literally millions of dollars during the course of that consultative process, which I would hope might lead to some recognition of the need for some flexibility in the structure of service within the province and the acceptance that such an approach meets essentially the intent and the requirements. I do not feel comfortable about being not in compliance with the law of Canada. The penalty issue could be held in abeyance for perhaps a three-year period, but the other operative sections would, it would seem to me, come into effect. Therefore, I would much prefer a situation whereby the bill might be withheld from proclamation by the consent of the Parliament of Canada for that period of time, even if it receives third reading and is passed by the Senate. At that time an approach based upon a broader consensus can be developed. The bill at that point might be repealed, or whatever is appropriate, rather than putting a convulsion through the system during the process of consultation.

Whatever the decision may be, obviously we stand willing to be co-operative in any consultative process, whatever the circumstances. We have been asking for that for the past two or three years.

I would emphasize the importance of considering the withholding of proclamation at least during this period of consultation.

The Chairman: Thank you, Perhaps I should repeat what I have suggested, so that people do not go away with the idea that the chairman has told the committee what it is going to do, or that the chairman has told the ministers that the bill will not be proclaimed, or that the chairman has said that the committee will do something great. I do not want you to get that impression.

Clause 20(4) of the bill states:

Where, in any of the three fiscal years referred to in subsection (3), extra-billing or user charges have, in the opinion of the Minister, been eliminated in a province, the total amount deducted in respect of extra-billing or user charges, as the case may be, shall be paid to the province.

In other words, that money has been set aside in account which can be paid to the provinces later on if they stop user fees or extra billing. I would suggest to you not that we not pass the bill. We, as a committee, have never discussed the passage or non-passage of the bill. We have only listened to evidence. We have yet to come to any conclusions. If any of the members of the committee have reached some conclusions, they are not yet known to me.

If the bill should pass in the House of Commons, and if the bill should pass in its present form in the Senate, would you support a parliamentary committee which would go to each of the provinces and talk to the consumers, the providers and the

[Traduction]

Il me semblerait qu'au moment de l'adoption du texte de loi, les citoyens de l'Ontario seraient autorisés, aux termes de la loi canadienne, à bénéficier d'un certain éventail de services hospitaliers que nous dispensons actuellement par l'intermédiaire de nos services de santé, par exemple. Je présume qu'ils auraient le droit de demander que ces services leur soient fournis en conformité de la loi applicable aux hôpitaux. Nous pourrions en arriver à devoir dépenser des millions de dollars de plus au cours de ce processus de consultation, ce qui, je l'espère, permettrait de faire reconnaître la nécessité d'assouplir un peu la structure des services offerts dans la province, sans compter que l'acceptation de cette approche correspond essentiellement à l'esprit et à la lettre du texte de loi. Je n'aime pas particulièrement enfreindre la loi canadienne. La question des sanctions pourrait être suspendue pendant trois ans, mais les autres dispositions entreraient, je pense, en vigueur. Par conséquent, je préférerais de loin que, avec le consentement du Parlement du Canada, le projet de loi ne soit pas proclamé pendant cette période, même s'il a subi l'étape de la troisième lecture et qu'il a été adopté par le Sénat. A ce moment, une approche qui s'appuierait sur un plus vaste consensus pourrait être élaborée. Le projet de loi pourrait être abrogé, et cela vaudrait mieux que de paralyser le système pendant le processus de consultation.

Quelle que soit la décision prise, et quelles que soient les circonstances, nous demeurons disposés à participer à tout processus de consultation. Nous le demandons depuis deux ou trois ans.

Je rappelle l'importance qu'il y a d'envisager la suspension de la proclamation pendant au moins cette période de consultation.

Le président: Je vous remercie. Peut-être dois-je répéter ce que j'ai proposé afin qu'on ne parte pas d'ici avec l'impression que le président a dit au Comité ce qu'il doit faire, ni que le président a dit aux ministres que le projet de loi ne sera pas proclamé, ni que le président a dit que le Comité fera quelque chose de grandiose. Je ne veux pas que vous ayez cette impression.

Le paragraphe 20(4) du projet de loi prévoit que:

Si, de l'avis du ministre, la surfacturation ou les frais modérateurs ont été supprimés dans une province pendant l'un des trois exercices visés au paragraphe (3), il est versé à cette dernière le montant total déduit à l'égard de la surfacturation ou des frais modérateurs, selon le cas.

Autrement dit, ces fonds ont été versés dans un compte et peuvent être rendus aux provinces plus tard si elles cessent d'imposer des frais modérateurs ou de recourir à la surfacturation. Je ne vous dis pas que nous n'adoptons pas le projet de loi. Nous, en tant que Comité, n'avons jamais discuté de l'adoption ou de la non-adoption d'un projet de loi. Nous ne faisons que recueillir des témoignages. Il nous reste encore à tirer des conclusions. Si l'un ou l'autre des membres du Comité a tiré ses propres conclusions, je ne les connais pas encore.

Si le projet de loi était adopté à la Chambre des communes, et sous sa forme actuelle par le Sénat, appuieriez-vous les efforts d'un comité parlementaire qui s'adresserait à chacune des provinces, aux utilisateurs des services, aux professionnels

[Text]

governments and try to arrange a federal-provincial conference so that the views of those concerned could be put on the table in an effort to come up with a more comprehensive plan?

I thank you for your submissions and I now open the meeting to honourable senators. However, before I do so, I would point out that it is now 6 o'clock and we are supposed to finish our meeting at this time. I know honourable senators have many questions they would like to ask. We have several options: we can carry on now with the consent of the ministers and the committee for another half hour, or we can adjourn and consider coming back at 8 o'clock and then sit from 8 o'clock until 10 o'clock. Are there any suggestions from members of the committee as to how they may wish to handle the situation?

Senator Phillips: I would point out that the chairman took 25 minutes and, if the committee members are left with only half an hour to ask questions, I wonder why we and the ministers came here today. We would certainly need more than half an hour after the chairman has taken up the extensive time he did.

The Chairman: Senator Phillips is from my same cradle of Confederation and is a member of the dental profession. He obviously wants to get his three cents' worth in, and I do not blame him. As parliamentarians, we have always had a habit of trying to say more than we should. Is it your wish, honourable senators, that we have supper and come back at 8 o'clock?

Senator Phillips: I would make that suggestion if it is acceptable to the ministers. They may have some problems in that some of them may have reservations on aircraft.

Mr. Norton: Mr. Chairman, there will come a point when I may have to excuse myself because my schedule had been planned on the basis expecting the committee to be finished at 6 o'clock. I have an airplane waiting at the moment. I also have other commitments. I would be quite willing to press my luck as far as I can for, say, half an hour, and, if you don't mind, I may absent myself at that time. I want you to understand that this is not out of any disrespect for the committee; it is a problem I did not anticipate.

The Chairman: Do any other senators have any viewpoints?

Senator Tremblay: Perhaps we can come back at 8 o'clock.

The Chairman: Some of the ministers have commitments. Are you prepared to stay?

Senator Tremblay: I am prepared to stay. I will have one question to ask.

The Chairman: We will sit for the next half hour. Senator Phillips has the floor.

Senator Phillips: Thank you, Mr. Chairman. I am pleased that the ministers appeared before us today. I would like to welcome them. I do not know whether the members of the committee should be impressed or intimidated; I have not quite decided on that point yet.

[Traduction]

de la santé et aux gouvernements, et qui essaierait d'organiser une conférence fédérale-provinciale afin que, le point de vue des intéressés étant ainsi exposé, ou en arrive à un plan plus complet?

Je vous remercie de vos commentaires et je cède maintenant la parole aux honorables sénateurs. Toutefois, j'aimerais d'abord souligner qu'il est maintenant 18 heures et que nous sommes censés mettre fin à la séance. Je sais que les honorables sénateurs ont de nombreuses questions à vous poser. Plusieurs solutions s'offrent: nous pouvons poursuivre avec le consentement des ministres et du Comité pendant une autre demi-heure, ou ajourner les travaux et revenir à 20 heures pour siéger jusqu'à 22 heures. Les membres du Comité ont-ils des propositions à faire pour régler cette situation?

Le sénateur Phillips: J'aimerais dire que le président a déjà pris 25 minutes, et que si les membres du Comité doivent n'avoir qu'une demi-heure pour poser leurs questions, je me demande bien pourquoi les ministres et nous-mêmes sommes venus ici aujourd'hui. Il nous faudra certes plus d'une demi-heure, compte tenu du fait que le président nous a déjà pris beaucoup de temps.

Le président: Le sénateur Phillips est dentiste. Lui et moi sommes originaires de la même région. Il veut manifestement n'avoir pour son argent, et je ne l'en blâme pas. A titre de parlementaire, nous avons toujours essayé d'en dire plus que nous ne l'aurions dû. Honorables sénateurs, êtes-vous d'accord pour que nous allions dîner et revenions à 20 heures?

Le sénateur Phillips: Je le propose si les ministres acceptent. Il est possible que cela pose des problèmes, car certains ont peut-être réservé une place à bord d'un avion.

M. Norton: Monsieur le président, je vais peut-être devoir m'excuser à un certain moment, car, d'après mon programme, la réunion du Comité devait se terminer à 18 heures. J'ai un avion à prendre et d'autres rendez-vous. Je serais tout disposé à étirer mon horaire d'une demi-heure, et si vous n'y voyez pas d'inconvénients, je m'absenterai peut-être ensuite. Ne croyez surtout pas que je veuille manquer de respect aux membres du Comité; je n'avais pas prévu ce problème.

Le président: D'autres sénateurs ont-ils des vues à exprimer?

Le sénateur Tremblay: Nous pourrions peut-être revenir à 20 heures.

Le président: Certains ministres ont des rendez-vous. Êtes-vous disposés à rester?

Le sénateur Tremblay: Je le suis. J'aurai une question à poser.

Le président: Nous siégerons encore une demi-heure. Le sénateur Phillips a la parole.

Le sénateur Phillips: Je vous remercie, monsieur le président. Je suis heureux que les ministres aient comparu devant nous aujourd'hui et voudrais leur souhaiter la bienvenue. J'ignore si les membres du Comité doivent être impressionnés ou intimidés; je ne me suis pas encore décidé à cet égard.

[Text]

In reply to your idea, Mr. Chairman, I detect a certain amount of agreement between the provinces and perhaps I could take your proposal one step further and suggest that the date on which the act becomes effective or operative be changed to April 1, 1985, or preferably 1986, instead of 1984, and then we would have two years in which to reach an agreement between the provinces and the federal government.

If you will pardon me for being a bit partisan, I would suggest that very early in the future we expect to have a new Minister of National Health and Welfare who might be much more amenable to the provinces.

The Chairman: Is that a question or a statement of fact?

Senator Phillips: A statement of fact. I was going to direct a number of questions to the ministers. I will try to condense those as much as I can and, possibly, give everyone a chance to ask questions.

I noticed throughout the presentations of the ministers concern was expressed regarding the expansion of the health care program and the cost to the various provinces. I wonder, Mr. Chairman, if the ministers could file with the committee an estimate of what Bill C-3, in its present form, would cost the provinces. I realize it may be a "guesstimate" because they will estimate what may occur down the road. I would particularly ask those ministers from the Atlantic provinces to do that since Mr. Justice Hall made reference to the difficulty of the Atlantic provinces.

I was fortunate to spend the last weekend in Alberta, Mr. Russell, visiting three of my children who are residents of that province. At that time, I noticed the article, to which Mr. Norton referred, by Mr. Justice Hall. I also saw an item concerning a remark made by Mr. Russell at what I will briefly describe as a "political picnic" in Calgary where he said that the Senate would be petitioned to reject or delay the passage of Bill C-3. I would ask Mr. Russell what he expects to achieve by the delay and what length of time he thinks should be involved in the delay.

Mr. Russell: I think it has become very apparent that, if we can get the parties involved in the same room around the same table, engaged in some meaningful discussion, we can probably resolve this dilemma. At the time of the comments you described, the ministers had all agreed to accept your invitation and, when the media asked me about it, I said that we were coming here to ask for that opportunity. I certainly like the idea of your putting a different date of effectiveness in the bill. That would put a deadline and a breathing space into this controversy. I am sure everyone would respond positively.

Senator Phillips: So you do not anticipate us requiring the full three years?

Mr. Russell: No, I would think that we have spent so long on this that, if we could have even a year's breathing space, it would be a big help.

[Traduction]

Pour répondre à votre suggestion, monsieur le président, je décèle un certain désaccord entre les provinces; peut-être pourrions-nous élargir votre proposition de sorte que la date d'entrée en vigueur de la loi soit reportée au 1^{er} avril 1985, ou 1986, de préférence plutôt que 1984; les provinces et le gouvernement fédéral auraient alors deux ans pour parvenir à un accord.

Si vous voulez bien me pardonner d'être légèrement partisan, je pense que, très bientôt, nous pourrions compter sur un nouveau ministre de la Santé nationale et du Bien-être social qui sera peut-être beaucoup plus sensible à la position des provinces.

Le président: Est-ce là une question ou une affirmation?

Le sénateur Phillips: Une affirmation. Je voulais adresser certaines questions aux ministres. Je tenterai de les condenser le plus possible et de donner à chacun la chance d'en poser.

J'ai remarqué que, dans leur exposé, les ministres s'inquiétaient de l'élargissement du programme de soins de santé et des coûts qu'il représentait pour les diverses provinces. Monsieur le président, je me demande si les ministres ne pourraient pas déposer auprès du Comité une estimation du coût du projet de loi C-3, dans sa forme actuelle, pour leur province. Je me rends compte que ce sera peut-être une «estimation approximative», car ils devront faire des prévisions à long terme. Je demanderais particulièrement aux ministres des provinces de l'Atlantique de procéder à cette estimation, car M. le juge Hall a fait allusion aux difficultés d'éprouvent ces provinces.

Monsieur Russell, j'ai eu la chance de passer le weekend dernier en Alberta, et de rendre visite à trois de mes enfants qui y habitent. C'est alors que j'ai remarqué l'article de M. le juge Hall auquel M. Norton a fait allusion. J'ai également pris connaissance d'un point concernant une remarque de M. Russell faite au cours de ce que je qualifierai brièvement de «pique-nique politique» à Calgary, lorsqu'il a dit qu'on enverrait au Sénat une pétition lui demandant de rejeter ou de retarder l'adoption du projet de loi C-3. Je demanderais à M. Russell ce qu'il escompte de ce retard et quelle en sera la durée à son avis.

M. Russell: A mon sens, il est maintenant très évident que si nous pouvons amener les parties à se réunir et à engager un débat constructif, nous pourrions probablement résoudre ce dilemme. A l'époque où j'ai formulé les commentaires auxquels vous avez fait allusion, les ministres avaient tous convenu d'accepter votre invitation et, lorsque la presse m'a interrogé à ce sujet, j'ai déclaré que nous venions ici pour demander l'autorisation d'engager ce débat. L'idée de vous voir reporter la date d'entrée en vigueur du projet de loi me plaît assurément. Cela permettrait de disposer du délai nécessaire pour régler cette controverse. Je suis sûr que tout le monde y réagirait favorablement.

Le sénateur Phillips: Alors, vous ne prévoyez pas que nous demandions le délai de trois ans?

M. Russell: Non; comme nous avons consacré tellement de temps à cette question, je pense qu'un délai même d'un an seulement, nous aiderait beaucoup.

[Text]

Senator Phillips: I noticed a remark by Premier Lougheed that the Province of Alberta would continue to permit extra billing. Do you have an estimate of what that would cost the province in penalties?

Mr. Russell: Yes, based on the current year, there will be in the neighbourhood of \$10 million to \$12 million by way of financial sanctions of the federal government. There are further sanctions possible as a result of our co-insurance fees that we charge residents in auxiliary hospitals, which could amount to another \$10 million to \$20 million, depending on the interpretation of the act.

Senator Phillips: I have a question for Mr. Norton. Ontario expressed the opinion that the imposition of arbitrary binding arbitration was a disincentive to the provinces to ban user fees. That seemed to convey to me the idea that the legislation is working against the principle for which it was introduced, namely, to ban extra billing. Perhaps you could elaborate on that.

Mr. Norton: It is my view that, given the express intent of the government with respect to encouraging the abolition of extra billing, this particular amendment—which, as you may be aware, crept in very late in the process—mitigates against that. I should not speculate about others' motives, but I suspect that since this amendment was proposed by the Canadian Medical Association, and very strongly supported—I believe as an act of desperation—by the Ontario Association, it was so supported because it was seen to be something that clearly would be unpalatable to all of the provinces. The result would be that the provinces would try to find ways to preserve some extra billing in order to avoid the burden of binding arbitration. I suggest that would encourage the provinces to hand over the purse strings to a third party that would be non-accountable. I believe that all of the provinces are willing to stand up and face the electorate on the basis of fiscal responsibility; but I question the advisability of turning over a matter—which could result, by a few percentage point differences, in hundreds of millions of dollars in the case of Ontario—to an arbitrator, whose decision was final and binding.

Le sénateur Rousseau: Merci, monsieur le président. Messieurs les ministres, le gouvernement fédéral a proposé de très importants amendements pour tenter de diminuer la tension des ministres à savoir que le projet de loi pouvait détruire l'aspect consensuel entre le gouvernement fédéral et les provinces, c'est-à-dire à l'article 14 versus l'article 22.

Comment le gouvernement pourrait-il amender, depuis son projet de loi, afin de satisfaire les ministres de la Santé des provinces.

M. Johnson: Sénateur Rousseau, il est exact que le ministre a proposé un certain nombre d'amendements et que d'autres par la suite sont intervenus tard dans certaines soirées.

Pour l'essentiel, le seul aspect qui permet de réinstaurer le caractère consensuel des ententes entre les provinces et le gouvernement fédéral, c'est la notion d'exclusion de certains services. Effectivement, on a modifié le projet de loi pour faire en sorte que l'on ait besoin du consentement des provinces, si

[Traduction]

Le sénateur Phillips: J'ai remarqué que le premier ministre Lougheed a laissé entendre que l'Alberta continuerait à autoriser la surfacturation. Avez-vous une estimation des pénalités que devrait alors payer la province?

M. Russell: En dollars de l'année courante, les sanctions du gouvernement fédéral représenteront environ 10 à 12 millions de dollars. D'autres sanctions sont probables, en raison des frais modérateurs que nous imposons aux malades des hôpitaux auxiliaires; elles pourraient représenter 10 à 20 millions de plus, selon l'interprétation de la loi.

Le sénateur Phillips: J'ai une question pour M. Norton. Les représentants de l'Ontario se sont dits d'avis que l'imposition de l'arbitrage obligatoire dissuaderait les provinces de supprimer les frais modérateurs. A mon sens, cela sous-entend que le projet de loi va à l'encontre du principe qui régit son élaboration, soit la suppression de la surfacturation. Peut-être pourriez-vous nous donner plus d'explications à ce sujet.

M. Norton: A mon avis, étant donné que le gouvernement vise expressément à encourager la suppression de la surfacturation, cette modification précise—qui, comme vous le savez peut-être, s'est infiltrée à la dernière minute—va à l'encontre de cet objectif. Je ne devrais pas m'interroger sur les motifs d'autrui, mais j'ai l'impression que puisque cette modification a été proposée par l'Association médicale canadienne et très fortement appuyée—à mon avis, dans un geste de désespoir—par l'Association médicale de l'Ontario, on l'a appuyée parce qu'on jugeait qu'elle serait manifestement très difficile à digérer par toutes les provinces et qu'elles tenteraient alors de trouver des moyens de conserver la surfacturation dans une certaine mesure, afin d'éviter l'arbitrage obligatoire. A mon avis, cela encouragerait en fait les provinces à remettre les cordons de la bourse à un tiers qui n'aurait pas de comptes à rendre au gouvernement. Je crois que toutes les provinces sont disposées à faire face à l'électorat au chapitre de la responsabilité fiscale; mais je me demande s'il est opportun de renvoyer une question—qui pourrait entraîner, pour quelques points, des frais de centaines de millions de dollars dans le cas de l'Ontario—à un arbitre, dont la décision serait exécutoire.

Senator Rousseau: Thank you, Mr. Chairman. Honourable Ministers, the federal government has proposed some fairly substantial amendments to try and reduce the Ministers' fear that the Bill could destroy the consensual relationship between Ottawa and the provinces, that is, in clause 14 as opposed to clause 22.

What subsequent amendments could the government make that would satisfy the provincial health ministers?

Mr. Johnson: Senator Rousseau, it is true that the Minister tabled a certain number of amendments and that others have since cropped up late on certain evenings.

Basically the only aspect that makes it possible to restore the consensual nature of the agreements between Ottawa and the provinces is the idea of the exclusion of certain services. In effect, the Bill has been amended so that the consent of the

[Text]

l'État fédéral veut exclure certains services en vertu de la liste établie à l'article 2.

Cela aurait dû être le contraire et que la couverture fasse l'objet d'une approbation. Cela voudrait dire toucher aux articles 2, 6, 9, les programmes qui découlent de l'information. L'article 11, c'est la transférabilité. L'article 12 est à l'égard des arbitrages qui, à toutes fins pratiques, deviendront obligatoires et extrêmement démoralisants, comme l'a dit mon collègue de l'Ontario.

L'article 13, qui semble de nature purement technique, est le fondement de la bureaucratisation du système au niveau fédéral. C'est aussi simple que cela. Cela veut dire qu'au niveau des provinces, il faudrait refaire l'ensemble de nos systèmes d'information pour répondre aux impératifs de la bureaucratie fédérale dans son analyse des programmes. Cela a l'air de rien, cela a l'air technique et veut dire que l'on devra déployer des ressources humaines absolument incroyables ainsi que des ressources financières et des comités qui n'en finiront plus.

Sur la transférabilité, à l'article 11, je l'ai mentionné, le gouvernement du Québec a fait un choix, comme certaines provinces l'ont peut-être fait d'une façon analogue; c'est-à-dire que pour les gens qui vont en vacances en Floride ou pour ceux qui ont les moyens d'aller en Floride pour une période de cinq mois et 29 jours par année afin de rester couverts par le système, là, on va prévoir que \$700. seront payés pour les services médicaux qui leur sont rendus, comme frais de base, en admettant que quelqu'un se fait une laceration mineure ou quelque chose comme cela. On sait que cela coûte cher aux États-Unis, plus cher qu'ici, d'ailleurs.

Deuxièmement, il y a 50 p. 100 du reste. Si c'est électif, ce n'est pas payé du tout, parce que l'on se dit que les gens qui décident d'aller passer un certain nombre de mois à l'extérieur du pays ont, en général, les moyens de payer \$1.22, je pense, de police d'assurance d'American Express ou d'autres.

L'on pense que ces millions que l'on ne met pas dans la transférabilité, on peut les mettre dans autre chose qui est plus utile pour nos concitoyens.

Donc, c'est un ensemble de dispositions. Quant aux prétendus assouplissements que l'on a vus sur la consultation, c'est bien gentil que l'on nous dise que l'on va nous consulter. Cependant, le problème n'est pas là, on a vu ce que le bill C-3 a donné.

L'on nous a dit pendant deux ans que l'on nous consultait. L'on a vu ce que cela a donné. Cela a donné l'ensemble des ministres responsables de la dispensation des services de santé qui disent: Non merci, l'on trouve que cela est un peu mélanger et mélangeant, en particulier.

Le seul véritable pouvoir que l'on nous donne en vertu des amendements, c'est celui de concourir à l'exclusion de certains services. On a l'impression que cela n'arrivera pas souvent.

Le sénateur Rousseau: Une courte question, monsieur le président. Compte tenu que le gouvernement fédéral est une source importante financière du système de santé et en regard des finances qu'il injecte aux provinces, quel rôle les provinces assignent-elles au gouvernement fédéral dans le domaine de la santé?

[Traduction]

provinces is required if the federal government wishes to exclude certain services as in the list in clause 2.

It ought to have been the other way round: coverage ought to have been the thing that consent was needed for. This would affect clauses 2, 6 and 9, which deal with information. Clause 11 deals with portability. Clause 12 deals with arbitration, which for all practical purposes would become compulsory and extremely demoralizing as my colleague from Ontario has said.

Clause 13, which appears to be of a purely technical nature, paves the way for a burgeoning federal bureaucracy. It's as simple as that. It means that the provinces would have to redesign all their information systems to meet the requirements of a federal bureaucracy's program analysis. It doesn't look important, it sounds technical. But it would involve absolutely incredible human and financial resources, and committees without end.

With respect to portability, in clause 11, as I mentioned, the Quebec government has made a choice, which certain provinces have perhaps also made in a similar way, and that is, when people go on vacation in Florida or people who have the money go to Florida for five months and 29 days a year, so as to remain covered by the system, it's provided that the first \$700 of medical services they receive are paid as a basic charge, supposing someone has a minor laceration or something like that. We all know how expensive health care is in the States, more expensive than here.

Second, we pay 50 per cent of the remaining costs. If the care was elective we don't pay anything, because we feel that people who decide to go and spend several months outside the country usually have the means to pay \$1.22 for American Express or some other insurance.

Our position is that the millions we don't put into portability can go toward something of greater use to our fellow citizens.

So it's a whole group of provisions. As for the flexibility that's supposed to have been added, it's nice of you to be willing to consult us. But that's not where the problem lies, we've seen what the results of Bill C-3 are.

We've been told for the past two years that you've been consulting us. Well, we've seen where that got us. It got us all the Ministers responsible for health care saying, "No thanks, we think it's a bit of a mess and what's more it's going to cause a mess."

The only real power we're given by the amendments is that of agreeing to the exclusion of certain services, which isn't something that's going to happen very often.

Senator Rousseau: One short question, Mr. Chairman. Given that the federal government is an important source of funding for the health-care system, and taking into account the money it injects into the provinces, what role do the provinces see the federal government taking in the area of health?

[Text]

Lorsque l'on entend tout ce qui se dit à l'heure actuelle sur le projet de loi C-3, on se demande quel rôle le gouvernement fédéral a à jouer dans le domaine de la santé.

M. Johnson: Ce que nous disons quant à nous, du gouvernement du Québec, en reprenant la position qui a toujours été celle des gouvernements depuis 1958 sur le territoire québécois, c'est que le gouvernement fédéral, dans la mesure où il utilise son pouvoir de dépenser en vertu de l'article 91, peut poser un certain nombre de conditions.

Avec le temps, on a développé une série de mécanismes qui permettent de s'entendre sur les conditions, le régime consensuel. Dans ce régime consensuel, le Québec a toujours respecté les grands principes, a universalité, de gratuité, de transférabilité, d'administration publique.

En respectant ces principes, nous croyons qu'il a répondu aux attentes normales de l'État fédéral qui voulait transférer des fonds et agir, à toutes fins pratiques, sur l'ensemble du territoire canadien, en s'inspirant de l'expérience de la Saskatchewan au début des années 60 et par la suite, de l'expérience du Québec à compter de 1960.

Quant à nous, ce que nous demandons, c'est le maintien du régime consensuel. La seule autre chose que je pourrais ajouter, c'est le transfert des points d'impôt.

Cela réglerait les problèmes. Qu'ils nous transfèrent les fonds, nous nous en occuperons nous en serons capables. On l'a démontré depuis 20 ans. Si l'on veut continuer de transférer des fonds sur une base conditionnelle, l'on pense que l'on devrait l'arrêter; ils l'ont arrêté dans le passé, sur la base de régime consensuel.

Le sénateur Rousseau: J'ai une autre question. Qu'est-ce que les provinces sont prêtes à faire pour diminuer les coûts de santé, tout en respectant les principes de l'assurance-maladie, à l'heure actuelle? Qu'est-ce que les provinces peuvent faire ou doivent faire, collectivement ou individuellement? C'est sûr que l'on ne peut pas avoir le même système d'assurance-santé pour toutes les provinces, chaque province est individuelle.

Qu'est-ce que l'on est prêt à faire pour diminuer le coût de santé au Canada?

M. Johnson: En ce qui nous concerne, sénateur Rousseau, nous croyons que nous avons fait l'effort possible, au Québec, depuis quatre ans. Si vous voulez que je vous envoie les découpages de presse des trois dernières années au Québec, des plaintes et des complaints du système de santé à l'égard des restrictions budgétaires, cela me fera plaisir. Je devrai cependant nolisier un camion pour ce faire.

Le sénateur Rousseau: Je les lie.

M. Johnson: Ce n'est pas tellement ce que l'on devrait faire, c'est ce que l'on a fait. Il s'agit maintenant de maintenir cet équilibre qui n'est pas facile à garder, qui exige à tous les jours des ministres de la Santé—j'en suis convaincu dans toutes les provinces—un certain doigté, des arbitrages entre des intérêts, le maintien de l'équilibre entre les intérêts corporatifs, les intérêts des administrations locales et leur autonomie et des objectifs gouvernementaux.

[Traduction]

When you hear everything that's being said at the present time about Bill C-3, you wonder what role the federal government has to play in health care.

Mr. Johnson: What we say, the government of Quebec, and this has been its position since 1958, is that the federal government, in so far as it uses its spending power under section 91, may set a certain number of conditions.

Over time a series of mechanisms have been developed to enable us to reach an understanding on those conditions. That's what is known as the consensual system. Under the consensual system, Quebec has always respected the five main principles of a universal, free, portable, publicly-managed health-care system.

In so doing we consider that Quebec has met the legitimate expectations of the federal government, which wanted to transfer funds and act for all practical purposes over the whole of Canada's territory, using as a model Saskatchewan's experience in the early 1960s and Quebec's starting in 1960.

What we want is to retain the consensual system. The only other thing I could add would be the transfer of tax points.

That would solve the problems. They can transfer the funds to us and we'll do the rest, we can handle it. We've proven this for the past 20 years. If funds are going to go on being transferred on a conditional basis, we think it should stop there; they stopped it in the past, on the basis of the consensual system.

Senator Rousseau: I have another question. What are the provinces prepared to do to reduce the costs of health care while continuing to respect the existing principles of health insurance? What could or should the provinces do, individually and collectively? Obviously every province can't have an identical health-insurance system, each province is unique.

What are you prepared to do to reduce health-care costs in Canada?

Mr. Johnson: As far as we're concerned, Senator Rousseau, we believe that we have done everything that can be done in Quebec, for four years now. If you want me to send you press clippings from Quebec for the past three years, and the complaints from the health-care system about budgetary restrictions, I would be pleased to do so. I would have to rent a truck to carry them all, though.

Senator Rousseau: I will tie them.

Mr. Johnson: It's not so much what we ought to do as what we have done. For us it's a matter now of maintaining an equilibrium, which isn't easy, and which demands every day from the Minister of Health—and I'm sure it's the same in all the provinces—a certain agility in arbitrating among interests, maintaining a balance between *professional*? corporations, local administrations and their autonomy, and the government's goals.

[Text]

Par exemple, les médecins en régions éloignées—mon collègue d'Ontario l'évoquait tantôt—nous avons des choses analogues chez nous. Pour nous c'est important, Valentine Lupin, l'avion ambulance, parce que cela permet à 600 citoyens du Québec, à tous les ans, de bénéficier du transport ambulancier par avion de la côte nord d'Abitibi ou d'ailleurs, vers les grands centres spécialisés et surspécialisés.

Le service ambulancier Valentine Lupin nous coûte un million et demi par année, sans compter les frais afférants, il faut prendre l'argent quelque part. Si l'on me dit que, pour respecter le grand principe du système canadien, il faut arracher les dents dans un centre d'urgence et fournir les médicaments, c'est peut-être Valentine Lupin que l'on va être obligé de remettre en cause.

Ce que je tente d'affirmer comme notion centrale autour de cela, c'est que l'on a une enveloppe. En 1977, le gouvernement fédéral nous a dit: Très bien l'on va ajuster les subventions en province en fonction d'une formule mathématique tenant compte du produit intérieur brut, des facteurs de l'inflation, etc.

Ce jour-là, l'État fédéral a décidé, Dieu merci! Les provinces réclamaient qu'il n'aurait plus à faire un contrôle ad hoc, constant, ce que le bill C-3 fait, ce qui réinstaura un pouvoir bureaucratique au niveau de la santé. De ce temps-ci ce n'est pas là que l'argent doit aller.

Je pourrais vous citer à peu près 250 exemples d'hôpitaux qui trouveraient des bonnes choses à faire avec l'argent qui nous proviendrait du gouvernement fédéral, plutôt que de les mettre dans des contrôles bureaucratiques.

Le sénateur Rousseau: Merci, monsieur le président.

The Chairman: The minister from Ontario, would you like to answer the question?

Mr. Norton: I apologize for my lack of fluency in French. However, if I might respond to the concern expressed relating to the diminishing of health care costs, I would like to point out that on that scale, at least on that parameter, it is fair to say that the provinces in this country are internationally recognized as managing the health care system better than any other jurisdiction in the western world. I say that not just to pound our own chests but on the basis of a recent trip I took to meetings in five jurisdictions in Europe, plus meetings with the Organization for Economic Co-operation and Development in Paris, at which we were being cited internationally as an example of good management within the health care system. What are we doing to improve that management and diminish the tremendous pressures for growth in cost in the health care system? We are doing a number of things. For example, in the province of Ontario we have just recently completed the development across the province of home care, both chronic and acute. We are developing a system of day hospitals where patients who do not require full time hospitalization may receive the required medical care during the daytime but still remain independently within their own homes and in the community. So there is a great deal of innovation and creativity going on at the provincial level.

[Traduction]

With respect to doctors in outlying regions, for example, a case my colleague from Ontario raised earlier, we've had similar things in Quebec. For us our air ambulance, "Valentine Lupin", is very important, because it enables 600 Quebec residents every year to be transported by air ambulance from Abitibi on the north shore or elsewhere to the major specialized centres.

"Valentine Lupin" costs us a million and a half a year, without counting the attached costs, and we have to find the money somewhere. If I'm told that to respect the main principles of the Canadian system we have to provide tooth-pulling services in emergency wards and provide medication, well, it may be "Valentine Lupin" that will have to go.

What I'm trying to assert as the central idea in all this is that we have an envelope. In 1977, the federal government said to us, "Okay, we're going to adjust the grants to provinces on the basis of a mathematical formula that takes into account the gross domestic product and inflation factors and so on."

At that time the federal government decided, thank goodness, the provinces had been asking for it, that it would no longer have to exercise an ad hoc, on-going control, which Bill C-3 is bringing back, a bureaucratic authority over health. That's not what the money should be spent on these days.

I could quote you some 250 examples of hospitals that could find useful things to do with the money we get from the federal government, rather than putting it into bureaucratic controls.

Senator Rousseau: Thank you, Mr. Chairman.

Le président: Le ministre de l'Ontario aimerait répondre à la question?

M. Norton: Je regrette de ne pouvoir bien m'exprimer en français. Toutefois, si vous me permettez de m'attarder sur les préoccupations concernant la réduction des frais des services de santé, je voudrais souligner qu'à cet égard il est juste de dire que les provinces sont reconnues à l'échelle internationale pour gérer leur système de services de santé mieux que quiconque dans le monde occidental. Je ne dis pas cela pour que nous nous gonflions d'orgueil, mais parce que j'ai récemment assisté à des réunions de cinq pays européens, ainsi qu'à des réunions de l'Organisation de coopération et de développement économiques, à Paris; le Canada y a été cité en exemple de bonne gestion de services de santé. Que faisons-nous pour améliorer cette gestion et réduire les pressions énormes en faveur de l'accroissement des coûts de nos services de santé? Différentes choses. Par exemple, en Ontario, nous venons d'élaborer des services de soins à domicile, tant pour les malades chroniques que graves. Nous élaborons un système d'hôpitaux de jour, où les malades n'ayant pas besoin d'être hospitalisés à plein temps peuvent recevoir les soins nécessaires durant la journée, puis retourner à leur domicile et dans leur collectivité. Il existe donc une foule d'innovations et de projets créatifs au niveau provincial.

[Text]

One of the things that have concerned us about the way in which this bill was conceived and drafted is that it really fails to recognize those matters. We feel that in terms of the future development of health care in the country it is imperative that new legislation, if it is to be passed, reflect the reality, that it reflect the needs that we recognize. Those of us who are charged with the responsibility of managing and developing the system feel that any legislation must be such that we can work co-operatively with our federal government. The future of the health care system depends on keeping down as much as we can the growth in costs. Excuse me for being so long.

The Chairman: The minister from Saskatchewan?

Mr. Taylor: With respect to the question of controlling costs, I think we should extend this a little further in looking into the future, if the bill comes into effect with the amendments passed in the House of Commons. I wish to indicate that those are two very costly amendments to us. First, as we have said previously, it takes the negotiation, the decision of how much will be paid to the medical practitioners, another level beyond our control. Second, and more importantly, if everyone must have access to practice medicine then we cannot control who bills our system. Those are the big ingredients in the costs of running health care. We estimate that the cost of each practitioner in the province of Saskatchewan is about \$400,000. I can imagine that in some of the other provinces it is greater. So what is being proposed in this bill will have serious cost implications if it comes into force.

Le sénateur Tremblay: Merci, monsieur le président. Selon la façon de fonctionner d'un comité sénatorial, l'habitude veut que ce soit aux témoins à qui l'on demande de clarifier leur position. Il me semble qu'à cet égard, pour l'essentiel, l'unanimité manifestée ne demande pas beaucoup de clarification. Nous pourrions toucher à certains points particuliers. Mis à part certains points spécifiques, tous les témoins manifestent une unanimité minimale. Ils sont tous d'accord pour requérir un temps de réflexion et de travail pour rendre ce projet de loi acceptable, quant à eux. Ce n'est donc pas de ce côté que j'aurais besoin de clarification mais du vôtre, monsieur le président, qui avez inscrit une hypothèse de travail. Au sujet de cette hypothèse de travail que vous avez présenté en même temps à nos visiteurs et au comité, je le souligne, j'aurais deux ou trois questions à poser. Vous avez vous-même indiqué qu'on aura à voter sur le projet de loi. Supposons qu'il est adopté à la Chambre des communes et au Sénat. Alors quel est le sens de l'article 34?

Clause 34 reads:

This Act shall come into force or be deemed to have come into force on April 1, 1984.

Will it or will it not come into force at that time? That is my first question. If it does come into force after one year or two years of study, everyone will be put into the situation of amending a piece of legislation which has already come into force.

[Traduction]

Un point qui nous a préoccupé au sujet de la façon dont ce projet de loi a été élaboré, c'est qu'il néglige réellement de reconnaître ces questions. Nous sommes d'avis que, pour assurer l'évolution des soins dans le pays, il est impérieux que le projet de loi, s'il est adopté, reflète les besoins. Et cela, de l'avis même de ceux qui sont chargés d'élaborer et de gérer le système, si l'on veut que les provinces puissent collaborer avec le gouvernement fédéral. L'avenir du système de services de santé, dépend de la réduction au minimum de l'augmentation des coûts. Je m'excuse d'avoir été aussi long.

Le président: Le ministre de la Saskatchewan?

M. Taylor: En ce qui concerne la question de la réduction des coûts, je pense que nous devrions faire des prévisions à plus long terme si le projet de loi accompagné des modifications adoptées à la Chambre des communes entre vigueur. Je désire souligner que ces deux modifications sont très coûteuses pour les provinces. Premièrement, comme nous l'avons dit plus tôt, il faut négocier, et décider que le montant sera versé aux médecins, soit à une autre entité sur laquelle nous n'avons aucun contrôle. Deuxièmement, et plus important, si tout le monde doit avoir accès à la médecine, nous ne pouvons pas contrôler ceux qui facturent notre système. Ce sont là les éléments inhérents aux coûts rattachés à l'exploitation d'un système de services de santé. Nous évaluons à quelque 400 000 \$ le coût que représente chaque médecin en Saskatchewan. J'imagine que dans certaines autres provinces, ce montant est plus élevé. Le projet de loi aura donc de graves répercussions financières, s'il est adopté.

Senator Tremblay: Thank you, Mr. Chairman. Senate committee practice holds that we may ask the witnesses directly to clarify their positions. It seems to me that the basic unanimity that has been shown here today doesn't require much clarification. We might touch on a few individual points. Apart from certain specific points all the witnesses displayed a certain basic unanimity. They all agree that a period of reflection and re-working is required to make this Bill acceptable to them. So it isn't from them that I need clarification, but from you, Mr. Chairman, on the hypothesis you presented both to our visitors and to the Committee, at the same time, I might add. I have two or three questions about that. You have indicated yourself that the Bill will have to be voted on. Let's suppose it is passed in the House and in the Senate. What does clause 34 say?

L'article 34 est libellé en ces termes:

La présente loi entre en vigueur ou est réputée être entrée en vigueur le 1^{er} avril 1984.

La Loi entrera-t-elle, oui ou non, en vigueur, à cette date? Voilà ma première question. Si on ne retarde pas la date d'entrée en vigueur, après un ou deux ans d'étude, tout le monde se trouvera à avoir à modifier un texte législatif déjà en vigueur.

[Text]

You have referred to some sort of a mechanism to carry out the type of work everyone is asking for. You have mentioned the parliamentary committee, Mr. Chairman. Would it be a joint committee between the Parliament and the provinces? Would it be a special committee of the House of Commons and the Senate? I would like some elaboration from you in that respect, taking for granted that it is a working hypothesis, so to speak, which you have put before us and that everything will be considered again by the committee and, finally, the Senate.

The Chairman: Honourable senators, I can see I did not make myself very clear, even with my own committee members. Let me say first that I have no idea whether the bill will pass in the House of Commons. So far it has not passed third reading. I don't know whether the bill will pass the Senate. I do not even know whether it will pass this committee because we have never voted on any clauses; we have only listened to witnesses. We may find that the Senate will adopt Senator Phillips' motion and put the matter down the road a couple of years. My suggestion was if the House of Commons should pass the bill and if the Senate should pass the bill in its present form, would the provinces cooperate with a joint parliamentary committee of both houses to look into all aspects of health care across the country and to make recommendations back to Parliament that a federal-provincial conference be held to take in those concerns of the ministers, the medical people, the nurses or the consumers. Have I made myself clear?

Senator Tremblay: It is clear that the bill will come into force. Supposing that the bill is passed as it is, it will come into force on April 1, 1984. Then we will have the joint committee of the Senate and the House of Commons looking into the whole problem and then they will find a way to get consensus from the provinces and all parties concerned on the points in the bill which are of real substance. For instance, there is the question of binding arbitration which, in a sense, has nothing to do with the sanctions. Again, the bill will have come into force.

The Chairman: There is no doubt about it.

Senator Tremblay: So what will the situation be?

The Chairman: It was not my intention that we would confine ourselves to the bill. It was my intention if such a committee were formed that it would look at the total health-care package. Many good things are absent from this bill, such as ambulance fees for some of the medical services, mental health, tuberculosis and so on. These are part of the overall health package which the provinces, I am sure, have trouble financing and would welcome any help the Senate might be able to give them in encouraging a federal-provincial conference or something else to look into these matters.

[Traduction]

Vous avez parlé d'un mécanisme quelconque pour effectuer les travaux que l'on réclame de toutes parts. Vous avez parlé d'un comité parlementaire, monsieur le président. Serait-ce un comité mixte composé de représentants du Parlement et des provinces? Serait-ce un comité spécial de la Chambre des communes et du Sénat? Je voudrais que vous nous donniez plus de détails à ce sujet, même en admettant que votre suggestion n'était qu'une hypothèse de travail et que toute cette question sera examinée à nouveau par le Comité et, finalement, par le Sénat.

Le président: Honorables sénateurs, je me rends compte que je ne me suis pas exprimé clairement, même aux yeux des membres de mon Comité. Permettez-moi d'abord de dire que j'ignore totalement si le projet de loi sera adopté par la Chambre des communes. Pour le moment, il n'a toujours pas été adopté en troisième lecture. Je ne sais pas non plus s'il recevra l'assentiment du Sénat. Je ne sais même pas s'il recueillera l'approbation du Comité, puisque nous n'avons jamais voté sur aucun de ses articles; nous n'avons fait qu'entendre des témoins. Il se peut bien que le Sénat accepte la motion du sénateur Phillips, selon laquelle la date d'entrée en vigueur en serait retardée de deux ans. Ma suggestion était la suivante: si la Chambre des communes adoptait le projet de loi et que le Sénat l'adoptait lui aussi dans sa forme actuelle, je me demandais si les provinces accepteraient de collaborer avec un comité parlementaire composé de représentants des deux Chambres, qui serait chargé d'examiner tous les aspects des soins de santé d'un bout à l'autre du pays et de faire des recommandations au Parlement en vue de la tenue d'une conférence fédérale-provinciale pour tenir compte des préoccupations des ministres, des médecins, des infirmières et des consommateurs. Me suis-je bien fait comprendre?

Le sénateur Tremblay: Il est clair que le projet de loi va entrer en vigueur. En supposant qu'il soit adopté dans sa forme actuelle, il entrera en vigueur le 1^{er} avril 1984. Le Comité mixte du Sénat et de la Chambre des communes se penchera alors sur toute cette question, pour ensuite tenter d'obtenir un consensus parmi les provinces et toutes les parties intéressées en ce qui concerne les points essentiels du projet de loi. Par exemple, il y a la question de l'arbitrage obligatoire qui, d'une certaine façon, n'a rien à voir avec les sanctions. Je le répète, le projet de loi sera déjà entré en vigueur.

Le président: Cela ne fait aucun doute.

Le sénateur Tremblay: Quelle sera alors la situation?

Le président: Mon intention n'était pas que notre examen porte exclusivement sur le projet de loi, mais bien que cet éventuel comité étudie toute la question des soins de santé. Il y a bien des choses que l'on ne retrouve pas dans ce projet de loi, comme les frais d'ambulance pour certains services médicaux, la santé mentale, la tuberculose, et ainsi de suite. Or, ces soins font partie du programme des soins de santé que les provinces, j'en suis sûr, ont du mal à financer; celles-ci seraient heureuses de toute initiative que pourrait prendre le Sénat afin de les aider à organiser une conférence fédérale-provinciale ou quelque autre mécanisme pour étudier ces questions.

[Text]

Mr. Johnson: If I may, I would like to make a comparison with detention in the justice field. It is like giving someone two years in maximum security, putting him there and then giving the judge three years to think over whether or not he should be in minimum security. I understand that the judge would be looking around a little but it might be a little too late. I am saying, once again, that it is not only a matter of principle but a matter of the application of this law. I think it will have dreadful consequences on the organization of the system and its capacity to hand out services to citizens adequately at cost levels, an organization which is cited, as my colleague said, throughout the world as something that is controlled and well managed by the provinces, as it has always been. In that perspective I am not sure that it would be useful to find an answer to our query and pre-occupations here and see the bill adopted in its present form or almost in its present form.

Senator Phillips: Mr. Chairman, the minister from Prince Edward Island said in his evidence that there were certain improvements in the bill. If I understood him correctly the amendments created certain problems for the province also. Would he elaborate on those problems, please.

Mr. Fogarty: Mr. Chairman, as I said before, we sent a list of 19 specific concerns that we had. The amended bill addressed some of those concerns and we made some progress. The new amendments recently introduced, particularly three of them, have become our main concerns. These new amendments will cost my province a lot of dollars at a time when we have already gone over the cliff and are barely hanging by our finger nail in trying to hold on to what we now have in our health care system. Most research work would indicate—and I can only speak from my province—that we only provide our people—and they are Canadians—with approximately 80 per cent of the services which are available as a national norm. On top of all that, we are just trying to hold on to what we have. Some of the amendments in this bill will cost us new dollars. I guess that is why we opted to assume that the bill will pass, but here we are, again, in Ottawa pleading with Parliament and the Government of Canada to take some time to look at our situation and try to analyze and appreciate what this bill means to us. It means fewer public health nurses, less thing in promotion, prevention and rehabilitation, areas where our priorities should lie. It forces us to much up our set of priorities even more.

Senator Phillips: If the date on which the act is deemed to come into effect is delayed and we have a conference between the federal and provincial ministers of health, would it meet your objections to the bill?

Mr. Fogarty: I think that is an excellent suggestion. If we had at least a year I think we could accomplish a bit of work.

[Traduction]

M. Johnson: Si vous le permettez, j'aimerais faire une comparaison avec le système judiciaire. C'est comme si l'on condamnait quelqu'un à deux ans d'emprisonnement dans un établissement à sécurité maximale et que l'on donnait ensuite trois ans au juge pour décider si l'inculpé ne devrait pas plutôt être dans un établissement à sécurité minimale. Certes, le juge ne manquerait pas de bien examiner la question, mais ce serait peut-être un peu trop tard. Je le répète, il ne s'agit pas uniquement ici d'une question de principe, mais de l'application de cette Loi. Je crois que cette Loi aura des conséquences désastreuses pour l'organisation du régime ainsi que sa capacité de fournir les services nécessaires au prix coûtant, lequel régime, comme l'a dit mon collègue, est réputé partout au monde pour être bien administré par les provinces dont il relève, comme il l'a toujours été d'ailleurs. Dans cette perspective, je ne suis pas sûr qu'il soit utile de rechercher maintenant une réponse à nos questions et préoccupations, pour voir le projet de loi adopté dans sa forme actuelle ou presque.

Le sénateur Phillips: Monsieur le président, le ministre de l'Île-du-Prince-Édouard a dit dans son témoignage que certaines améliorations avaient été apportées au projet de loi. Si je l'ai bien compris, la province a elle aussi remarqué certains problèmes posés par les modifications. Pourrait-il nous les exposer plus en détail?

M. Fogarty: Monsieur le président, comme je l'ai déjà dit, nous avons envoyé une liste de 19 problèmes particuliers que nous avons notés. Le projet de loi modifié remédie à certains de ces problèmes, et il y a donc eu un certain progrès. Les nouveaux amendements proposés récemment, dont trois plus particulièrement, sont devenus nos principaux sujets de préoccupation. Ces nouveaux amendements entraîneront d'importants débours pour ma province, alors que nous sommes déjà dans une situation très précaire et que nous arrivons à peine à maintenir le régime de soins de santé que nous avons. La plupart des travaux de recherche semblent indiquer—et je ne parle que pour ma province—que nous n'arrivons à fournir à nos habitants—qui sont des Canadiens au même titre que les autres—qu'environ 80 p. 100 des services qui constituent la norme nationale. Qui plus est, nous nous efforçons seulement de maintenir les services existants. Certains des amendements proposés vont nous occasionner de nouveaux débours. C'est pour cela, je pense, que nous avons supposé que le projet de loi serait adopté, mais nous voici encore une fois à Ottawa, en train de prier le Parlement et le gouvernement du Canada de prendre le temps d'examiner notre situation et d'essayer de voir quelles seront les conséquences de ce projet de loi pour nous. Il entraînera notamment une baisse du nombre d'infirmières hygiénistes ainsi que des services de sensibilisation, de prévention et de réadaptation, lesquels domaines devraient être au haut de notre échelle de priorités. Il nous obligera à chambarder encore davantage notre ordre de priorités.

Le sénateur Phillips: Si l'on reportait la date à laquelle la Loi sera réputée être entrée en vigueur et que l'on organisait une conférence entre le ministre fédéral de la Santé et ses homologues provinciaux, cela répondrait-il à vos objections?

M. Fogarty: Je crois qu'il s'agit là d'une excellente suggestion. Si nous disposions d'au moins un an, je crois que nous

[Text]

We all feel that we can come to some solution, some compromise. Quite frankly, the difficulty has been the reluctance of the federal minister to meet with provincial ministers. I am sure that you know something of her meeting with us in Halifax last fall, which produced absolutely nothing. It set the whole effort backwards as opposed to holding things pat and we have just overcome that. The essence of federalism in our country, as I understand it, is to discuss, negotiate and compromise. Above all else the standard for one Canadian in one part of this country should also be, if it is the right standard, the standard for all Canadians. We are far from that mark.

Senator Phillips: Mr. Chairman, I would like to turn to one aspect of the bill which has not been raised here today, that being visibility. Throughout the evidence of the committee in the other place I noted various figures as to what the provinces contributed and what the federal government contributes to health care costs. If I remember the figures of the Province of Alberta, which seemed to me to be the most aggressive—the minister stated that the province, without considering tax transfers, paid 86 per cent of the total costs and the federal government paid 14 per cent. I am wondering, Mr. Minister, what figures you will display on the documents required under Bill C-3, the federal government figure of 32 per cent or 14 per cent? There are two terms which are used. That is, the cost of health services and then cost-shared programs. When we compared the cost of contributions to health care services in 1977/87, it was almost equally split, in other words 51 per cent by the province and 49 per cent by the federal government. In the last fiscal year, the same services are split 86/14, so that illustrates how the cost of programs is escalating in the total health care demands.

I believe the bill could be interpreted as saying that we must show the contribution for the services defined in the bill. I did say to Mme Monique Bégin, half-jestingly, that we would be pleased to display the federal contribution on the cost-shared narrow programs, but we would also show the zero per cent on all of the other health care programs.

Senator Phillips: I have one further question, Mr. Chairman, and then I will pass. I would like to inquire if any of the provinces object to my suggestion that Bill C-3 pass with the date of April 1, 1985?

The Chairman: I do not hear a dissenting voice.

Mr. Russell: I certainly do not.

Mr. Sheehy: I certainly do not, either.

The Chairman: Thank you, honourable senators. Nova Scotia?

Mr. Sheehy: Mr. Chairman, I would like to apologize to Senator Phillips on behalf of our government because of the fact that we are unable to present the figures that you requested on your earlier presentation. I will give you an example, and it relates to clause 12(2). If compulsory arbitration came in, and taking the extreme circumstances of our medical society, coming in and asking for, say, a 100 per cent increase, when

[Traduction]

pourrions faire avancer les choses. Nous croyons tous pouvoir trouver une solution, arriver à un compromis. Je crois sincèrement que le problème vient du fait que le ministre fédéral se montrait réticent à rencontrer ses homologues provinciaux. Je suis certain que vous êtes au courant de la réunion qu'elle a eue avec nous à Halifax l'automne dernier, réunion qui n'a donné aucun résultat. Nous avons reculé au lieu de maintenir le statu quo et nous venons à peine de surmonter cet obstacle. Pour moi, l'essentiel du fédéralisme, c'est de discuter, de négocier et d'en arriver à des compromis. La norme qui s'applique à un Canadien dans un coin du pays devrait, si elle est bonne, s'appliquer également à tous les Canadiens. Nous sommes loin de cet objectif.

Le sénateur Phillips: Monsieur le président, je voudrais discuter d'un aspect du projet de loi qui n'a pas été soulevé aujourd'hui, c'est-à-dire le principe de l'universalité. Lors des témoignages devant le Comité de l'autre endroit, on a cité divers chiffres concernant la contribution des provinces et du gouvernement fédéral aux frais de santé. Reprenons les chiffres donnés par la province de l'Alberta qui, d'après moi, est la plus agressive. Le ministre a déclaré que la contribution de la province, sans tenir compte du transfert de points d'impôt, était de 86 p. 100, et celle du gouvernement fédéral, de 14 p. 100. Quels chiffres allez-vous indiquer, monsieur le ministre, sur les documents requis par le projet de loi C-3: la contribution fédérale de 32 p. 100 ou de 14 p. 100? Il est question de deux choses, soit du coût des services de santé et des programmes à frais partagés. Les contributions aux coûts des services de santé pour l'année 1977/1978 étaient à peu près égales; c'est-à-dire de 51 p. 100 dans le cas de la province, et de 49 p. 100 dans le cas du gouvernement fédéral. Cette contribution, au cours du dernier exercice financier, s'élevait à 86 et à 14 p. 100, ce qui montre à quel point le coût total des programmes de santé augmentent.

Je crois que l'on pourrait dire que le projet de loi nous oblige à faire état des contributions versées pour les services définis par celui-ci. J'ai dit à M^{me} Bégin, en plaisantant un peu, que nous serions heureux de révéler la contribution fédérale aux programmes à frais partagés, ainsi qu'à tous les autres programmes de santé, où elle est nulle.

Le sénateur Phillips: Une autre question, monsieur le président, et ensuite j'aurai terminé. Je voudrais savoir si l'une ou l'autre des provinces s'opposerait à ce que la date d'adaption du projet de loi C-3 soit fixée au 1^{er} avril 1985?

Le président: Je n'entends aucune opposition.

M. Russell: Je ne m'y oppose certainement pas.

M. Sheehy: Moi non plus.

Le président: Merci, honorables sénateurs. La Nouvelle-Écosse?

M. Sheehy: Monsieur le président, je voudrais, au nom de notre gouvernement, m'excuser, auprès du sénateur Phillips parce que nous ne sommes pas en mesure de vous fournir les chiffres que vous avez demandés plus tôt. Je voudrais toutefois vous donner un exemple ayant trait au paragraphe 12(2). Si l'arbitrage obligatoire est autorisé et si, en envisageant le cas extrême où, nos médecins viendraient nous voir pour nous

[Text]

we are offering zero and the arbitrator comes down the middle, that could add \$50 million or \$60 million to our health bill. Therefore, it is impossible for us to estimate that. Therefore, we cannot leave with you the figures that you were requesting a little earlier. Thank you, Mr. Chairman.

Mr. Johnson: Briefly, Mr. Chairman, on visibility, which is something we usually bring up in Quebec for many reasons, may I say that, including the so-called fiscal transfer of point d'impôt, the federal participation is around 42 per cent. Excluding the point d'impôt it, is less than 20 per cent. In that context, if they wanted that notion of visibility, we might ask to have Fleur-de-Lis on every postal box in Quebec.

Mr. Nielsen: I have a couple of comments, Mr. Chairman. With respect to visibility, we would be quite prepared to advise those in receipt of any health care of that portion paid by the federal government and, as Mr. Russell said, we would also advise those who receive health care where the Government of Canada is paying nothing.

The one-year suggestion is a vast improvement over what we would have, and we would work very hard to try and resolve problems.

The degree of exposure in British Columbia with respect to Bill C-3, depending on the interpretation and depending on the actions of the citizens, if certain sections become law, would vary between \$50 million and \$500 million. If the universality section means that you cannot deny a person medical care, whether or not they have paid premiums—and one could ask who would pay premiums when they do not have to—that would amount to a \$500 million bill for the province to find, which is almost a saw-off as to what the contribution of the federal government is.

Mr. Chairman, my final comment is that, if the bill passes as it now stands and becomes law as of April 1, we will have to re-tool our system in British Columbia. For us to accept passage of the bill and then go through a procedure of negotiation towards another conclusion two or three years hence, I think the government would be reluctant to re-tool the system once more. Therefore, if it becomes law, we will have to re-tool our system and also possibly introduce legislation in British Columbia to counter some of the sillier ideas in the bill.

Senator Phillips: However, a year of negotiations would be beneficial to you?

Mr. Nielsen: We think it would be, yes.

The Chairman: Thank you, Mr. Nielsen, honourable senators and honourable ministers. Let me thank you very much for taking the time to come here today to give us your views and your thoughts on this matter. You have certainly given us much food for thought.

[Traduction]

demander une augmentation de 100 p. 100 et que nous refusions de leur donner quoi que se soit, le conseil arbitral décidait de leur accorder 50 p. 100, cela pourrait pour effet d'augmenter nos frais de santé de 50 ou 60 millions de dollars. Par conséquent, il nous est impossible de vous donner une estimation et de vous fournir les chiffres que vous avez demandés plus tôt. Merci, monsieur le président.

M. Johnson: Monsieur le président, pour ce qui est de l'universalité, question souvent soulevée au Québec pour de nombreuses raisons, je voudrais ajouter brièvement que la contribution fédérale, si l'on tient compte du transfert de points d'impôt, est d'environ 42 p. 100. Si l'on fait abstraction des points d'impôt, elle est inférieure à 20 p. 100. Dans ce contexte, s'ils veulent adopter le principe d'universalité, nous pourrions demander que la fleur de lis paraisse sur toutes les boîtes aux lettres du Québec.

M. Nielsen: J'ai quelques commentaires à faire, monsieur le président. En ce qui concerne l'universalité, nous sommes prêts à dévoiler aux bénéficiaires des soins de santé quelle est la contribution du gouvernement fédéral. De plus, comme M. Russell l'a dit, nous sommes également prêts à leur dire quels sont les domaines où le gouvernement du Canada ne verse aucune subvention.

Ce délai d'un an constitue une nette amélioration par rapport au passé car cela nous permettrait de faire de sérieux efforts pour essayer de régler les problèmes.

Dans le cas de la Colombie-Britannique, en ce qui concerne le projet de loi C-3, l'interprétation qu'on lui donne et les réactions du public face à l'adoption de certains articles, la note varierait entre 50 et 500 millions de dollars. Si l'article sur l'universalité veut dire que l'on ne peut pas refuser de donner des soins médicaux à quelqu'un, qu'il aie payé ou non des cotisations—et on pourrait se demander qui paierait si les citoyens n'étaient pas tenus de le faire—la province se retrouverait avec une facture de 500 millions de dollars, somme qui correspondrait à peu près à la contribution du gouvernement fédéral.

Monsieur le président, je voudrais dire en dernier lieu que si le projet de loi est adopté dans sa forme actuelle et s'il est promulgué le 1^{er} avril, nous serons obligés de modifier notre système en Colombie-Britannique. Si nous acceptons que le projet de loi soit adopté et si nous entreprenons des négociations en vue d'arriver à une autre conclusion dans deux ou trois ans, je crois que le gouvernement hésitera à modifier encore le système. Par conséquent, si ce projet de loi est promulgué, nous serons obligés de modifier notre système et d'adopter une loi en Colombie-Britannique pour contrer certains de ces aspects les plus ridicules.

Le sénateur Phillips: Toutefois, croyez-vous qu'une année de négociation vous serait utile?

M. Nielsen: Je le crois.

Le président: Je tiens à vous remercier monsieur Nielsen, honorables sénateurs et honorables ministres. Je voudrais vous remercier d'avoir pris le temps de comparaître devant nous aujourd'hui pour nous faire connaître votre point de vue sur ce

[Text]

Tomorrow, we are meeting again at 11.00 a.m. in Room 356-S and at that time we will hear from the Canadian Health Coalition, the Manitoba Medical Association and the two Quebec associations representing the practitioners and the specialists.

In the meantime, I thank you all, on behalf of the committee, for coming and growing your views. Now that we feel we know you at first hand, if we need more information in the future we will have no hesitation in calling upon you. Thank you very much.

The committee adjourned.

[Traduction]

sujet. Vous avez soulevé beaucoup de points sur lesquels il nous faut réfléchir.

Nous nous réunirons demain à 11 heures, pièce 356-S et nous aurons l'occasion d'entendre les témoignages des représentants de la *Canadian Health Coalition*, de la *Manitoba Medical Association* et de deux associations du Québec représentant les médecins et les spécialistes de cette province.

Entre-temps, je voudrais, au nom du Comité, vous remercier d'être venus nous faire part de vos commentaires. Nous avons maintenant l'impression de vous connaître personnellement et si nous avons besoin d'autres renseignements, nous n'hésiterons pas à nous adresser à vous. Merci.

La séance est levée.



If undelivered, return COVER ONLY to:
Canadian Government Publishing Centre,
Supply and Services Canada,
Ottawa, Canada, K1A 0S9

En cas de non-livraison,
retourner cette COUVERTURE SEULEMENT à:
Centre d'édition du gouvernement du Canada,
Approvisionnement et Services Canada,
Ottawa, Canada, K1A 0S9

WITNESSES—TÉMOINS

The Provincial and Territorial Ministers of Health:

Hon. David Russell, Minister of Hospitals and Medical Care, Province of Alberta;
Hon. Gerald Sheehy, Minister of Health, Province of Nova Scotia;
Hon. Charles Gallagher, Minister of Health, Province of New Brunswick;
Hon. Keith Norton, Minister of Health, Province of Ontario;
Hon. Pierre-Marc Johnson, Minister of Canadian Intergovernmental Affairs, Province of Québec;

Hon. James A. Nielsen, Minister of Health, Province of British Columbia;
Hon. Albert P. Fogarty, Minister of Health and Social Services, Province of Prince Edward Island;
Hon. Graham Taylor, Minister of Health, Province of Saskatchewan;
Hon. Andy Philipsen, Minister of Health and Human Resources, Yukon Territory;
Mr. Gerald White, Director of Health Policy, Province of Newfoundland.

Ministres de la santé provinciaux et territoriaux:

L'honorable David Russell, ministre des hôpitaux et des soins médicaux, province de l'Alberta;
L'honorable Gerald Sheehy, ministre de la Santé, province de la Nouvelle-Écosse;
L'honorable Charles Gallagher, ministre de la Santé, province du Nouveau-Brunswick;
L'honorable Keith Norton, ministre de la Santé, province de l'Ontario;
L'honorable Pierre-Marc Johnson, ministre délégué aux Affaires intergouvernementales canadiennes, province de Québec;
L'honorable James A. Nielsen, ministre de la Santé, province de la Colombie-Britannique;
L'honorable Albert P. Fogarty, ministre de la Santé et des Affaires sociales, province de l'Île-du-Prince-Édouard;
L'honorable Graham Taylor, ministre de la Santé, province de la Saskatchewan;
L'honorable Andy Philipsen, ministre de la Santé et des Ressources humaines, Territoire du Yukon;
M. Gerald White, administrateur de la politique de la santé, province de Terre-Neuve.

71
C 26
51



Second Session
Thirty-second Parliament, 1983-84

Deuxième session de la
trente-deuxième législature, 1983-1984

SENATE OF CANADA

SÉNAT DU CANADA

*Proceedings of the Standing
Senate Committee on*

*Délibérations du comité
sénatorial permanent des*

**Social Affairs,
Science
and Technology**

**Affaires sociales, des
sciences et de la
technologie**

Chairman:
The Honourable M. LORNE BONNELL

Président:
L'honorable M. LORNE BONNELL

Thursday, April 5, 1984

Le jeudi 5 avril 1984

Issue No. 6

Fascicule n° 6

Sixth proceedings on:

Sixième fascicule concernant:

The subject-matter of Bill C-3: "An Act relating to cash contributions by Canada in respect of insured health services provided under provincial health care insurance plans and amounts payable by Canada in respect of extended health care services and to amend and repeal certain Acts in consequence thereof"

La teneur du Projet de loi C-3: «Loi concernant les contributions pécuniaires du Canada aux services de santé assurés pris en charge par les régimes provinciaux d'assurance-santé et les montants payables par le Canada pour les programmes de services complémentaires de santé, et modifiant certaines lois en conséquence»

WITNESSES:
(See back cover)

TÉMOINS:
(Voir à l'endos)

THE STANDING SENATE COMMITTEE ON
SOCIAL AFFAIRS, SCIENCE AND TECHNOLOGY

The Honourable M. Lorne Bonnell, *Chairman*
The Honourable Orville H. Phillips, *Deputy Chairman*

The Honourable Senators:

Anderson	Lewis
Bielish	Marshall
Bonnell	*Olson
Bosa	Phillips
Cottreau	Rousseau
*Flynn	Tremblay
Hébert	Wood

**Ex Officio Members*

(Quorum 5)

COMITÉ SÉNATORIAL PERMANENT DES
AFFAIRES SOCIALES, DES SCIENCES ET DE LA
TECHNOLOGIE

Président: L'honorable M. Lorne Bonnell
Vice-président: L'honorable Orville H. Phillips

Les honorables sénateurs:

Anderson	Lewis
Bielish	Marshall
Bonnell	*Olson
Bosa	Phillips
Cottreau	Rousseau
*Flynn	Tremblay
Hébert	Wood

**Membres d'office*

(Quorum 5)

Le greffier du Comité

Erika Bruce

Clerk of the Committee

ORDER OF REFERENCE

Extract from the Minutes of Proceedings of the Senate, Tuesday, March 20, 1984:

"The Order being read,
With leave of the Senate,

The Honourable Senator Bonnell resumed the debate on the motion of the Honourable Senator Frith, seconded by the Honourable Senator Langlois:

That the Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology be authorized to examine the subject-matter of the Bill C-3, intituled: "An Act relating to cash contributions by Canada in respect of insured health services provided under provincial health care insurance plans and amounts payable by Canada in respect of extended health care services and to amend and repeal certain Acts in consequence thereof", in advance of the said Bill coming before the Senate, or any matter relating thereto;

That the Committee have power to adjourn from place to place within Canada; and

That the Committee be authorized to engage the services of such counsel and technical, clerical and other personnel as may be required for the said examination.

After debate,

In amendment, the Honourable Senator Bonnell moved, seconded by the Honourable Senator Giguère, that the motion be amended by deleting the second paragraph thereof.

After debate, and—

The question being put on the motion in amendment, it was—

Resolved in the affirmative.

The question being put on the motion as amended, it was—

Resolved in the affirmative."

ORDRE DE RENVOI

Extrait des Procès-verbaux du Sénat du mardi 20 mars 1984:

«A la lecture de l'ordre adopté,
Avec la permission du Sénat,

L'honorable sénateur Bonnell reprend le débat sur la motion de l'honorable sénateur Frith, appuyé par l'honorable sénateur Langlois,

Que le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie soit autorisé à étudier la teneur du Projet de loi C-3, intitulé: «Loi concernant les contributions pécuniaires du Canada aux services de santé assurés pris en charge par les régimes provinciaux d'assurance-santé et les montants payables par le Canada pour les programmes de services complémentaires de santé, et modifiant certaines lois en conséquence», avant que ce projet de loi ou les questions s'y rattachant ne soient soumis au Sénat;

Que le Comité soit autorisé à voyager où que ce soit au Canada;

Que le Comité soit autorisé à retenir les services des conseillers et du personnel technique, de bureau et autre dont il pourra avoir besoin aux fins de son enquête.

Après débat,

En amendement, l'honorable sénateur Bonnell propose, appuyé par l'honorable sénateur Giguère, que l'on modifie la motion en retranchant le deuxième paragraphe.

Après débat,

La motion d'amendement, mise aux voix, est adoptée.

La motion, telle que modifiée, mise aux voix, est adoptée.»

Le greffier du Sénat

Charles A. Lussier

Clerk of the Senate

MINUTES OF PROCEEDINGS

THURSDAY, APRIL 5, 1984
(10)

[Text]

The Standing Senate Committee on social Affairs, Science and Technology met this day, at 11:07 a.m., the Chairman, the Honourable Senator Bonnell presiding.

Members of the Committee present: The Honourable Senators Bielish, Bonnell, Côtteau, Hébert, Lewis, McGrand, Rousseau and Tremblay. (8)

In attendance: Ms. Mildred J. Morton, Research Associate, Library of Parliament.

*Witnesses:**From the Canadian Health Coalition:*

Mr. Guy Adam, Chairperson;
Ms. Mary Hegan, M.S.W., Vice-Chairperson;
Ms. Margaret Vowles, Director.

From the Manitoba Medical Association:

Dr. Neil Heywood, Past president;
Mr. John Laplume, Executive Director.

From the Federation of Medical Specialists of Québec and the Federation of General Practitioners of Québec:

Dr. George Henri Gagnon, Director, Professional Affairs, Federation of General Practitioners of Québec;
Dr. Paul Desjardins, President, Federation of Medical Specialists of Québec.

The Committee proceeded to examine and consider the subject-matter of Bill C-3 intituled: "An Act relating to cash contributions by Canada in respect of insured health services provided under provincial health care insurance plans and amounts payable by Canada in respect of extended health care services and to amend and repeal certain Acts in consequence thereof."

The witnesses made statements and answered questions.

On motion of Senator Côtteau, it was agreed,—That the Committee proceed with its deliberations *in camera*.

At 12:51 p.m., the Committee adjourned to the call of the Chair.

ATTEST:

Le greffier du Comité

Erika Bruce

Clerk of the Committee

PROCÈS-VERBAL

LE JEUDI 5 AVRIL 1984
(10)

[Traduction]

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit aujourd'hui à 11 h 07 sous la présidence de l'honorable sénateur Bonnell (président).

Membres du Comité présents: Les honorables sénateurs Bielish, Bonnell, Côtteau, Hébert, Lewis, McGrand, Rousseau et Tremblay. (8)

Également présente: M^{me} Mildred J. Morton, adjointe à la recherche, Bibliothèque du Parlement.

*Témoins:**De la coalition canadienne de la santé:*

M. Guy Adam, président;
M^{me} Mary Hegan, vice-présidente;
M^{me} Margaret Vowles, directrice.

De l'Association médicale du Manitoba:

Dr. Neil Heywood, ancien président;
M. John Laplume, directeur exécutif.

De la Fédération des médecins spécialistes du Québec et de la Fédération des omnipraticiens du Québec:

Dr. George Henri Gagnon, directeur, affaires professionnelles, Fédération des omnipraticiens du Québec;
Dr. Paul Desjardins, président, Fédération des médecins spécialistes du Québec.

Le Comité entreprend d'étudier la teneur du projet de loi C-3 «Loi concernant les contributions pécuniaires du Canada aux services de santé assurés pris en charge par les régimes provinciaux d'assurance-santé et les montants payables par le Canada pour le programme de services complémentaires de santé, et modifiant certaines lois en conséquence».

Les témoins font des déclarations et répondent aux questions.

Sur motion du sénateur Côtteau, il est décidé—Que le Comité continue ses délibérations à huis clos.

A 12 h 51, le Comité suspend ses travaux jusqu'à nouvelle convocation du président.

ATTESTÉ:

EVIDENCE

Ottawa, Thursday, April 5, 1984

[Text]

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met this day at 11 a.m. to consider the subject matter of Bill C-3, relating to cash contributions by Canada in respect of insured health services provided under provincial health care insurance plans and amounts payable by Canada in respect of extended health care services and to amend and repeal certain acts in consequence thereof.

Senator M. Lorne Bonnell (*Chairman*) in the Chair.

The Chairman: Honourable senators, we have with us today Mr. Guy Adam from the Canadian Health Coalition. I will ask him to introduce his colleagues. He wishes to make a submission and will be pleased to answer any questions.

M. Guy Adam, président, Coalition canadienne de la santé: Merci, monsieur le président et messieurs les sénateurs de bien vouloir nous écouter ce matin.

Mr. Chairman, I would like to present, on my right, Ms. Mary Hegan who is the Vice-Chairperson of the Canadian Health Coalition and Ms. Margaret Vowles who is a director with our organization.

I should like to read a short opening statement since I realize this morning that perhaps some of you are unfamiliar with the Canadian Health Coalition and whom we represent. I will read a brief history.

The Canadian Health Coalition welcomes this opportunity to address the Senate Standing Committee on Social Affairs, Science and Technology with respect to the amended Bill C-3, the Canada Health Act. It is fitting and appropriate that the Coalition make this presentation and we thank the Senate Standing Committee for granting our request to appear as a witness before this committee.

The formation of our Coalition was prompted by widespread expressions of alarm at the erosion of medicare. The alarm over the growth of the extra billing and user fees led to the convening of an "S.O.S. Medicare" conference in November 1979, and an invitation to a variety of groups to join a coalition was extended.

Since the "S.O.S. Medicare" conference, the Canadian Health Coalition has grown to include 44 national organizations, including the representatives of health, education, the co-operative movement, church, social development, labour, consumers, senior citizens, women, agricultural and environmental groups. Today the Canadian Health Coalition includes a three-tiered membership consisting of national organizations, provincial coalitions and locally-based coalitions established across this country.

It goes without saying, therefore, that we represent the concerns of Canadian citizens across this land. Medicare is an issue with which we have been intimately involved.

TÉMOIGNAGES

Ottawa, le jeudi 5 avril 1984

[Traduction]

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit aujourd'hui à 11 heures pour étudier la teneur du projet de loi C-3 concernant les contributions pécuniaires du Canada aux services de santé assurés pris en charge par les régimes provinciaux d'assurance-santé et les montants payables par le Canada pour les programmes de services complémentaires de santé, et modifiant certaines lois en conséquence.

Le sénateur M. Lorne Bonnell (*président*) occupe le fauteuil.

Le président: Honorables sénateurs, nous accueillons aujourd'hui M. Guy Adam de la Coalition canadienne de la santé. Je lui demanderai de vous présenter ses collègues. Il désire faire une déclaration préliminaire et sera heureux de répondre ensuite à vos questions.

Mr. Guy Adam, Chairperson, Canadian Health Coalition: Thank you, Mr. Chairman, Honourable Senators, for allowing us to appear before your Committee this morning.

Monsieur le président, j'aimerais vous présenter, à ma droite, M^{me} Mary Hegan qui est vice-présidente de la Coalition canadienne de la santé et M^{me} Margaret Vowles qui en est le directeur.

Je voudrais d'abord vous lire une brève déclaration préliminaire étant donné que je sais que certains d'entre vous ne connaissez sans doute pas la Coalition canadienne de la santé et ceux que nous représentons. Je vous en ferai un bref historique.

La Coalition canadienne de la santé remercie le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie de l'occasion qui lui est donnée de l'entretenir de la version modifiée du projet de loi C-3, la Loi canadienne sur la santé. Il convient que la Coalition présente sa position sur cette question et nous sommes reconnaissants envers le Comité sénatorial permanent d'avoir accepté de nous recevoir comme témoins ce matin.

La création de notre Coalition est née des inquiétudes suscitées par l'érosion de l'assurance-santé. Le sentiment d'alarme provoqué par la croissance de la pratique de la surfacturation et l'imposition de tarifs modérateurs a mené à la tenue en novembre 1978 d'une conférence «S.O.S. assurance-santé» au cours de laquelle un ensemble de groupes ont été invités à se joindre à la Coalition.

Depuis cette conférence, la Coalition canadienne de la santé regroupe 44 organismes nationaux œuvrant dans le domaine de la santé, de l'éducation, du mouvement coopératif, des églises, du développement social, des relations de travail, des consommateurs, des groupes agricoles et écologiques. Aujourd'hui, les membres de la Coalition se divisent en organismes nationaux, en coalitions provinciales et en coalitions locales répartis dans tout le pays.

Il va donc sans dire que nous représentons des Canadiens de tous les coins du pays. L'assurance-santé est une question qui nous touche de près.

[Text]

The Coalition appeared as a witness before the Health and Welfare and Social Affairs Committee of the House of Commons and presented a brief outlining our suggested amendments to the originally proposed act.

At our presentation to the Health, Welfare and Social Affairs Committee, we stressed that our Coalition supports the act in principle, and that we hoped the act would be finalized as soon as possible. We have strongly urged, since our inception, that legislative means should be taken to eliminate all violations of medicare, especially physician extra billing and hospital user fees. The amended Canada Health Act is a significant piece of health care legislation and is necessary to help prevent the further erosion of our medicare system.

In addition to our general endorsement of the bill, the Canadian Health Coalition believes that some form of dialogue among all groups concerned with health care needs to take place in the near future. With reference to the amended act and the critical need for consumer input into health care policy, we would like to begin our dialogue on this amended piece of health care legislation by bringing to your attention the following points:

1. If, after the passage of the proposed amended Canada Health Act, user fees and extra billing continue to exist in some provinces, we suggest that consumer groups be provided with a forum whereby they can suggest implementation of mechanisms to make penalties stronger. Penalties must be made strong enough so that the gravity of the violation is emphasized and so that the violating province is clearly motivated to eliminate extra charges.

Our position is not taken out of "punitive mentality." We are not "out to get" the provinces. Instead, we want to eliminate abuses, and we want a penalty that will encourage the provinces to act accordingly. We hope violations concerning extra billing and user fees will be closely monitored by the Government of Canada under the Canada Health Act.

We do not wish to foster any "punitive mentality" and we are very concerned about the intensity of the "scare tactic mentality" supporting the anti-Canada Health Act advertising which has been employed by groups opposed to the banning of extra billing. At this point in the history of medicare, we believe it is vital for all groups interested in the good health of Canadians to work together. We believe that groups who are genuinely interested in a progressive health care system for Canada will now focus on a collective effort working towards improving our medicare system in conjunction with support for the new Canada Health Act. This collective effort is a must if Canada is to have an effective medicare system.

2. The Coalition supports the act in its intent of expanding universality to include 100 per cent of residents in a province as insured persons. We hope that the intent of this universality clause clearly points out to the provinces that the payment of health care premiums should not be a pre-condition to insured services.

[Traduction]

La Coalition a comparu comme témoin devant le Comité de la santé, du bien-être social et des affaires sociales de la Chambre des communes et lui a présenté un mémoire renfermant les propositions suggérées à la version originale du projet de loi.

À ce moment, la Coalition a souligné le fait qu'elle appuyait en principe le projet de loi qu'elle voudrait voir adopter le plus tôt possible. Depuis notre création, nous réclamons l'adoption de certaines mesures législatives pour empêcher toute violation au principe de l'assurance-maladie, et en particulier pour empêcher les médecins de surfacturer leurs patients et les hôpitaux, d'imposer des tarifs modérateurs. La version modifiée de la Loi canadienne sur la santé est une mesure législative très importante qui préviendra nécessairement toute érosion future de notre système d'assurance-maladie.

Bien que la Coalition canadienne de la santé endosse l'esprit du projet de loi, nous estimons qu'un dialogue doit s'instaurer entre tous les groupes œuvrant dans le domaine de la santé. En ce qui touche la nouvelle version du projet de loi et la nécessité de faire participer les consommateurs à l'établissement des politiques en matière de santé, nous voudrions entamer ce dialogue en attirant votre attention sur les points suivants:

1. Si après l'adoption de la Loi canadienne sur la santé, la surfacturation et l'imposition de tarifs modérateurs persistent dans certaines provinces, nous proposons de fournir une tribune aux groupes de consommateurs pour qu'ils puissent proposer des moyens d'appliquer des pénalités plus fortes. Ces pénalités doivent être suffisamment fortes pour faire ressortir la gravité de la violation de la Loi et pour que la province en cause soit clairement incitée à supprimer ces pratiques.

Notre position ne reflète pas une «mentalité punitive». Nous ne nous sommes pas donné comme objectif de faire payer les provinces. Par contre, nous voulons supprimer les abus et désignons qu'une pénalité suffisamment forte soit prévue afin d'inciter les provinces à faire ce qu'on attend d'elles. Nous espérons que le gouvernement du Canada, aux termes de la Loi canadienne sur la santé, surveillera étroitement toute violation concernant la surfacturation et l'imposition de tarifs modérateurs.

Nous ne voulons pas susciter l'épanouissement d'une «mentalité punitive» et nous nous inquiétons beaucoup de l'intensité des «tactiques alarmistes» employées par certains groupes qui s'opposent à l'interdiction de la surfacturation dans la publicité dénonçant la Loi canadienne sur la santé. À ce point-ci de l'histoire de l'assurance-maladie, nous estimons qu'il importe que tous les groupes préoccupés par le bien-être des Canadiens collaborent. À notre avis, ceux qui veulent que le Canada se dote vraiment d'un régime progressiste d'assurance-santé orienteront leurs efforts vers son amélioration tout en appuyant la nouvelle Loi canadienne sur la santé. Cette concertation est essentielle si le Canada désire se doter d'un régime d'assurance-santé véritablement efficace.

2. La Coalition appuie l'objectif que s'est fixé la loi d'étendre son universalité afin que 100 p. 100 des résidents de la province aient droit aux services de santé assurés. Nous espérons que les provinces en déduiront que le paiement des primes d'assurance-santé ne constitue pas une condition préalable à l'obtention de services assurés.

[Text]

3. The Coalition is pleased that the preamble of the bill supports the concept of promotion and protection of physical and mental health. In future, we hope that insured services will include services which promote, conserve and restore health, prevent illness, injury and disability, and promote supportive care when health is deteriorating.

We are very pleased that in the amended version of the act authorized providers are specified as "health care practitioners." Amendments to the act, introducing the concept of "health care practitioners", will mean in the future that health care professionals will be able to work as a team. The concept of "health care practitioners" represents the opportunity for the appropriate use of all health care practitioners to provide insured health services to better and more appropriately meet health care needs of Canadians. These amendments highlight and reinforce provincial discretion and authority to provide insured health services using the kinds of combinations of professionals deemed appropriate.

4. Individual Canadians who use the health care services and who are most affected by the quality, quantity, and distribution of its services should have a more prominent role in any future considerations for changes to existing legislation or health care policy. We would be interested in considering some sort of a structure whereby consumers could have an expanded role in advising and monitoring.

5. We strongly encourage the committee to complete its considerations of the amended act as soon as possible. Prompt finalization of this piece of legislation is imperative so that we as a nation can begin to address other pressing matters that relate to the improvement and rationalization of existing resources within our health care system.

Canada's future must be built on a vision of health care policy which will provide the framework for a progressive social and health care system. Such a system should provide for the needs of all citizens and give the quality of life, socially, culturally and economically, that we all desire. Medicare is an essential component of such a system and must be preserved and expanded. We see this bill as a first step in the development of our vision of a healthy population.

The Chairman: Thank you.

Ms. Margaret Vowles, Director, Canadian Health Coalition: I should like to say that I am pleased to be addressing my own generation. I have not been doing that lately. Having scanned your biographies, I realize you are eligible to belong to the National Pensioners and Senior Citizens Federation. I hope you will add some sobriety to the membership some time and join with me in the concerns of senior citizens. As you know, our numbers are increasing and we need more and more consideration.

The Chairman: I did not know you lowered the age of senior citizens to 40. Although some of our senators do not have much hair, they are young in mind.

[Traduction]

3. La Coalition est heureuse de voir que le préambule du projet de loi reconnaît le bien-fondé de la promotion et de protection de la santé physique et mentale. Dans l'avenir, nous espérons que les services assurés comprendront les services qui favorisent, conservent et restaurent la santé, préviennent les maladies, les blessures et l'incapacité et les soins d'aide aux malades lorsque la santé se détériore.

Nous sommes heureux de voir que dans la version modifiée de la Loi, «les fournisseurs autorisés de services» sont définis comme les «professionnels de la Santé». Les amendements à la Loi dont celui sur la définition des «professionnels de la santé» permettra à ceux-ci de travailler en équipe dans l'avenir. Ainsi, ces professionnels pourront collaborer à fournir des services de santé assurés afin de pouvoir mieux répondre aux besoins des Canadiens. Ces amendements réaffirment les pouvoirs discrétionnaires des provinces en ce qui touche le choix des professionnels pouvant offrir des services de santé assurés.

4. Les particuliers canadiens qui se servent de services de santé et qui sont les plus directement touchés par leur qualité, leur quantité et leur répartition, devraient jouer un rôle plus important dans l'avenir en ce qui touche la présentation de modifications à la législation ou à la politique en matière de santé. Nous aimerions étudier le moyen de mettre sur pied un mécanisme par lequel les consommateurs pourraient jouer un rôle plus actif au plan de la consultation et de la surveillance.

5. Nous encourageons fortement le Comité à terminer dès que possible son étude de la nouvelle version du projet de loi. Une adoption rapide de ce projet de loi est essentielle afin que le gouvernement puisse se pencher sur d'autres questions urgentes liées à l'amélioration et à la rationalisation des ressources existantes au sein de notre régime d'assurance-santé.

Le Canada doit se doter dans l'avenir d'un régime d'assurance-santé et de bien-être social progressiste et digne de lui. Ce régime devrait satisfaire les besoins de tous les citoyens et nous permettre d'atteindre la qualité de vie sociale, culturelle et économique que nous désirons tous. L'assurance-maladie est une constituante essentielle de ce régime qui doit être préservée et améliorée. Ce projet de loi constitue, à nos yeux, un premier pas vers la réalisation de notre objectif qui est de promouvoir la santé générale des Canadiens.

Le président: Je vous remercie.

Mme Margaret Vowles, directrice, Coalition canadienne de la santé: J'aimerais d'abord dire que je suis heureuse de m'adresser à des personnes de ma propre génération. Je ne l'ai pas fait souvent dernièrement. J'ai toutefois constaté à la lecture de vos biographies, que vous pourriez appartenir à la National Pensioners and Senior Citizens Federation. (Fédération nationale des pensionnés et des retraités). J'espère qu'un jour cette organisation profitera de votre sagesse et que vous viendrez partager avec moi les préoccupations des personnes âgées. Comme vous le savez, le nombre des personnes âgées augmente et il nous faut avoir toujours plus de poids.

Le président: Je ne savais pas que vous aviez réduit l'âge d'or à 40 ans. Bien que certains des sénateurs n'aient pas beaucoup de cheveux, ils sont jeunes d'esprit.

[Text]

Ms. Vowles: I am talking of those who are eligible.

The Chairman: Mr. Adam, yesterday the Ministers of Health of the various provinces appeared before our committee. They made a very strong point that extra billing and user fees should not be in the bill. They told us that they believed the provinces knew how best to make sure that universality would be made available to all the people of Canada and that they thought it was a provincial jurisdiction and that they should be left with that authority. They suggested that we should not pass the bill at this time until it has further consideration. Do you agree with that?

Mr. Adam: Are you talking about the Quebec Minister of Health?

The Chairman: I am talking of the ministers of all the provinces and no one in particular.

Mr. Adam: We feel that the way the amendments were written, they do not jeopardize provincial constitutional rights. We feel that the provinces have all the power on health services that the Constitution gave them in 1867.

The Chairman: Would you agree with the suggestion made to our committee yesterday that the bill should be put off for a year before it is proclaimed?

Ms. Mary Hegan, Vice-Chairperson, Canadian Health Coalition: Mr. Chairman, I would be pleased to speak to that. I must stress that we are a national consumer group, and we really want to bring a consumer perspective to this discussion today. We really support this legislation. We feel that it is a first step to starting to restructure a health and social services system throughout Canada. We feel that it should receive passage as quickly as possible. Secondly, we represent consumers from every province who feel the same way, whether they are talking to the provincial government or the federal government. We feel that the medicare program is one of the most popular national programs in this country, and a few years ago we all specifically banded together because we saw it starting to erode and we did not know where it was going to end. So we are a group that has encouraged the kind of legislation that is now before you and we feel that it is just the first step.

For most consumers the message is strong. They want to pay for their basic health care, their hospital and doctor services, through a prepaid tax system, and they want to have this as a universal right throughout the country. Therefore it seems most appropriate to have a strong piece of federal legislation in order to do this.

The Chairman: I have one simple question. You are Vice-Chairperson of the Canadian Health Coalition. But it seems to me that you represent also another group. Which other group do you represent?

Ms. Hegan: I represent the Canadian Association of Social Workers within the Health Coalition.

[Traduction]

Mme Vowles: Je parle de ceux qui sont admissibles.

Le président: Monsieur Adam, les ministres de la santé des diverses provinces ont comparu devant notre Comité hier. Ils ont fait valoir avec force que la surfacturation et le ticket modérateur ne devraient pas être visés dans le projet de loi. Ils nous ont dit qu'ils estiment que les provinces sont mieux placées que quiconque pour assurer l'universalité des soins de santé pour tous les Canadiens. Ils sont aussi d'avis qu'il s'agit d'une compétence provinciale et que cela devrait demeurer du ressort des provinces. Ils nous ont suggéré de mettre le projet de loi de côté, jusqu'à ce qu'il ait été étudié davantage. Êtes-vous d'accord?

M. Adam: Parlez-vous du ministre québécois de la santé?

Le président: Je parle des ministres de toutes les provinces et non pas d'un en particulier.

M. Adam: Nous estimons que les amendements ne menacent pas les droits constitutionnels des provinces et qu'elles ont, en matière de soins de santé, tous les pouvoirs que leur a conférés la Constitution en 1867.

Le président: Êtes-vous d'accord avec la proposition faite hier à notre Comité voulant qu'on mette le projet de loi de côté pendant un an avant de le proclamer?

Mme Mary Hegan, vice-président, Coalition canadienne de la santé: Monsieur le président, je serais heureuse de prendre la parole à ce sujet. Je dois souligner que nous constituons un groupe de consommateurs national et nous voudrions apporter à la discussion d'aujourd'hui le point de vue des consommateurs. Nous sommes vraiment en faveur de ce projet de loi. Nous estimons que c'est un premier pas vers la restructuration du régime de soins de santé et des services sociaux au Canada. Nous pensons qu'il devrait être adopté le plus rapidement possible. Deuxièmement, nous représentons les consommateurs de toutes les provinces et tous disent la même chose, qu'ils s'adressent au gouvernement de leur province ou au gouvernement fédéral. Nous estimons que le programme d'assurance-maladie est l'un des programmes nationaux les plus populaires du pays et, il y a quelques années, nous nous sommes tous réunis parce que nous avons constaté qu'il commençait à se dégrader et nous nous demandions où cela s'arrêterait. Nous formons donc un groupe qui favorise le type de loi que vous étudiez actuellement et nous estimons que ce n'est qu'un premier pas.

Chez la majorité des consommateurs, le message est fort. Ils veulent que les soins de base et les services médicaux et hospitaliers soient couverts par un régime fondé sur le paiement anticipé d'une taxe et que ce régime soit universel. Pour y parvenir, il semble donc approprié que la loi fédérale soit forte.

Le président: J'ai une simple question. Vous êtes vice-président de la Coalition canadienne de la santé mais il me semble que vous représentez aussi un autre groupe. Quel autre groupe représentez-vous?

Mme Hegan: Je représente l'Association canadienne des travailleurs sociaux, qui fait partie de la coalition.

[Text]

The Chairman: So you are a social worker by profession?

Ms. Hegan: Yes.

The Chairman: Are there any further questions?

Senator Bielish: Mr. Chairman, when the witnesses talk about erosion, I would like an example of what they consider to be the worst type of erosion. What is their chief problem?

Ms. Hegan: In talking to users of the service, I believe the main message we are getting through our networks—whether it is senior citizens, mothers with families, and so on—is a concern about user fees in those provinces where there is an increasing proportion of doctors who are opting out and asking for fees when patients are sick, and also not knowing how high the fees will be. Perhaps three or four years ago the difference in the charge was perhaps \$3 or \$5; but now one walks into a doctor's office and it could easily be \$25 or \$30. That starts to affect more and more people, as to whether they can choose to go to a doctor. There is tremendous fear out through not knowing where it is all going to end, particularly when they understand that they now have a program where they are supposed to be able to count on being able to get doctor services without having to pay for them when they are sick. The greatest fear comes from those people who may, all of a sudden, be in a situation where they have to keep returning to a doctor for a series of services, and, again, that is when costs start to really build up. People in those provinces where the provinces are talking about introducing user fees are concerned, because they never know when they may be applied or the amount.

The third issue concerns the three provinces where there are premiums, and we realize that whether one is earning \$10,000 or \$60,000 a year, families have to pay the same monthly premium. That goes against the principle of medicare and it is a hardship for people on the lower income level.

Senator Bielish: What would you recommend as being the premium?

Ms. Hegan: We recommend that in the provinces where they do collect premiums that help pay for hospital and doctor care, that that money should be collected through the general taxes, as it is in every other province. Then, in proportion to your income, you pay into that. In the three provinces where the premiums exist, it is a retrogressive type of taxation.

Senator Bielish: With regard to user fees, you must have made a study. How many provinces, of all of the provinces and territories, have user fees?

Ms. Hegan: Have hospital user fees?

Senator Bielish: Yes.

Ms. Hegan: I do not have the latest count. I am aware that in some there are active treatment hospitals and in others chronic hospitals. We have the statistics, but I do not have them in front of me.

M. Adam: Monsieur le président, la majorité des provinces ont des tickets modérateurs. La seule province qui n'en avait pas, officiellement, c'était le Québec; on a découvert qu'il y avait un certain ticket modérateur par rapport aux malades

[Traduction]

Le président: Vous êtes donc travailleuse sociale de profession?

Mme Hegan: Oui.

Le président: Y a-t-il d'autres questions?

Le sénateur Bielish: Monsieur le président, quand le témoin parle de dégradation, j'aimerais qu'il nous donne un exemple de ce qu'il estime le pire problème.

Mme Hegan: Le principal message que nous obtenons de notre réseau, quand on s'adresse aux utilisateurs du service, qu'il s'agisse de personnes âgées, de mères de famille, etc, c'est qu'on s'inquiète du ticket modérateur dans les provinces où une proportion croissante des médecins se désaffilient et où l'utilisateur doit payer quand il est malade. Il y a aussi l'inquiétude de ne pas savoir à combien s'élèveront les frais. Il y a peut-être trois ou quatre ans, la différence pouvait être de trois ou cinq dollars, mais aujourd'hui, quand on entre dans un bureau de médecin, on peut facilement s'attendre à déboursier \$25 ou \$30. Cela commence à toucher de plus en plus de personnes, qui se demandent si elles peuvent se permettre d'aller consulter un médecin. On se demande où tout cela va s'arrêter, alors qu'on est censé avoir un programme sur lequel on puisse compter quand on tombe malade. La plus grande crainte est de se retrouver soudainement dans une situation où l'on doit retourner plusieurs fois chez le médecin pour obtenir toute une série de soins; c'est là que les frais commencent à s'accumuler. Les habitants des provinces où il est question de ticket modérateur sont inquiets car ils ne savent jamais quand ils en feront les frais ni quelle somme ils devront payer.

Le troisième problème concerne les trois provinces où il y a des primes; qu'une famille gagne 10 000 ou 60 000 dollars par année, toutes doivent payer la même prime mensuelle. Cela va à l'encontre du principe de l'assurance-maladie et crée des difficultés aux personnes à faible revenu.

Le sénateur Bielish: A combien fixeriez-vous la prime?

Mme Hegan: Nous recommandons que les provinces qui perçoivent des primes pour contribuer à payer les frais médicaux et hospitaliers puissent plutôt l'argent dans leurs recettes fiscales, comme le font toutes les autres provinces. On y contribue alors, en proportion de son revenu tel qu'il est imposé. Les trois provinces qui perçoivent des primes imposent un type de taxation régressive.

Le sénateur Bielish: Pour ce qui est du ticket modérateur, vous devez avoir effectué une étude. Combien de provinces imposent un ticket modérateur au Canada?

Mme Hegan: Dans les hôpitaux?

Le sénateur Bielish: Oui.

Mme Hegan: Je ne connais pas les derniers chiffres. Je sais que dans certaines provinces, il y a des hôpitaux de traitement et des hôpitaux pour malade chroniques. Nous avons les statistiques, mais je ne les ai pas devant moi.

Mr. Adam: Mr. Chairman, the majority of provinces have user fees. The only province that does not have any, officially that is, is Quebec. It was discovered that there were some user fees charged to short-term chronic care patients. However, I

[Text]

chroniques à court terme. Cependant, depuis, je crois que l'amendement au projet de loi C-3 a quand même amélioré, a généralisé la position, je crois, qui existait à travers le Canada.

Le sénateur Hébert: Justement, M. Adam, au sujet des provinces qui n'ont pas de tickets modérateurs, ou qui n'abusent pas de cette situation que vous avez décrite, malgré tout, comment expliquez-vous qu'elles soient aussi farouchement hostiles au projet de loi tel qu'il est présentement amendé? Quelles seraient leurs autres raisons de s'objecter aussi fortement que les autres provinces au fond? Ils doivent avoir des raisons?

M. Adam: Les arguments de base que nous avons entendus, sur les tickets modérateurs, et autres, c'est celui que le «Medicare» a un manque de fonds. En tous les cas, sans avoir de statistiques à la main, pour la simple raison que personne n'a exactement les statistiques, lorsque l'on parle d'économie dans le cas de la santé. Par contre, nous croyons qu'il s'agirait d'approfondir; c'est pour cela que l'on parle de rencontres, après, pour approfondir davantage comment les argentés sont dépensés.

Ce que l'on a cru comprendre, la semaine dernière,—justement, nous avons entendu la position de M. Lougheed—et, à ce niveau-là, la position est débattable.

Nous n'avons pas de statistiques ou de chiffres, mais par contre, d'ici aux deux prochaines années, nous espérons arriver avec des chiffres plus précis sur le coût de tout l'ensemble des services de santé.

Le sénateur Hébert: Même sans avoir les chiffres, est-ce votre impression, car vous êtes plus compétent dans ce domaine que bien d'autres,—est-ce votre impression que les provinces ont raison en invoquant le fait qu'elles n'ont pas assez d'argent mis à leur disposition pour cela?

M. Adam: Monsieur le président, notre impression, à ce niveau, c'est que ce n'est pas vrai que les services de santé, dans le moment, manquent de fonds ou n'ont pas assez de fonds, pour pouvoir être administrés. Nous croyons que c'est la façon que les fonds sont administrés qui est le problème majeur. Au moment où je parle, c'est réellement ce que l'on pense à la Coalition.

The Chairman: Thank you, Senator Hébert. Do you have any further questions?

Senator Hébert: No.

The Chairman: Before we move to the next witnesses, I would like to ask Ms. Hegan, the vice-president, to explain one of her answers. She was asked what was seen to be the problem, and she said the fact that citizens did not know how much they would be charged or when they might be charged. Ms. Hegan, are you insinuating by that answer that, if they knew how much they were going to be charged and when they would be charged, they would be happy with extra billing?

Ms. Hegan: No.

The Chairman: That really was not the problem. As you see it, extra billing is the problem; not what they knew or did not know?

[Traduction]

believe that the amendment to Bill C-3 has improved or generalized the present stand on user fees in Canada.

Senator Hébert: That's my point, Mr. Adam. With regard to the provinces that do not have user fees or that do not take advantage of the situation you have just described, how is it that despite everything, they are still fiercely opposed to the bill as it now stands amended? What reasons do they have for opposing the legislation as strongly as other provinces? They must have reasons, don't you think?

Mr. Adam: We have heard one basic argument about user fees and other issues, namely the argument that Medicare does not provide adequate funding levels. While I do not have the figures at my fingertips for the simple reason that no one has the exact figures, when people speak of savings, in the field of health care, we feel the issue here, and that is why we spoke of meetings, is to examine more closely how health care funds are spent.

Last week we heard Mr. Lougheed's position and at that level, it was rather debateable.

We do not have the figures, but within the next two years, we hope to have more accurate statistics on the cost of general health care services.

Senator Hébert: Even without the figures, is it your impression, since you are more knowledgeable than most about health care, that their argument for having user fees, namely that not enough funds are made available to them, is in fact a valid argument?

Mr. Adam: Mr. Chairman, we do not feel that health care funding levels are inadequate at present. The Coalition currently believes that the major problem is the manner in which health care funds are administered.

Le président: Merci, sénateur Hébert. Avez-vous d'autres questions?

Le sénateur Hébert: Non.

Le président: Avant d'entendre le témoin suivant, je demanderai à M^{me} Hegan, le vice-président, d'expliquer une de ses réponses. Lorsqu'on lui a demandé en quoi consistait le problème, elle a répondu que les usagers ignoreraient s'ils devront payer quelque chose et combien. M^{me} Hegan veut-elle dire que si les usagers savaient cela ils s'accommoderaient très bien de la surfacturation?

Mme Hegan: Non...

Le président: Le problème serait donc, effectivement, la surfacturation, que les usagers en connaissent ou non le montant.

[Text]

Ms. Hegan: I was addressing the honourable senator's question when she talked about the increase and the erosion and what was creating some of the problems. Yes, you are right. The bottom line is that people favour the opportunity to pay for health care. They realize they are paying, but they prefer the system where they pay through the tax system so that, when they are sick, they are not faced with costs. Also, when they pay through the tax system, the costs are shared amongst the population. That is what they really prefer, so you are right that they would prefer not to pay when they are sick.

The Chairman: I get the impression from your answer that the abuse, from your point of view, was that they did not know when they might be charged, or how much they might be charged. The fact is that the abuse occurs when they are charged when, at the same time, they are paying through the tax system for basic health care?

Ms. Hegan: Yes.

Ms. Vowles: Mr. Chairman, may I say a word about this business of extra billing? The situation is constantly in flux, and a patient may be referred to a specialist by her general practitioner. The general practitioner does not know whether the specialist who is going to see his patient has, indeed, opted out and intends to charge a little extra. We have heard all sorts of hair-raising stories such as the one concerning a patient who arrived at the office of a specialist, only to see the sign on the wall saying that the doctor will charge extra. When he mentioned to the receptionist that she did not anticipate this extra charge, what was she going to do since she could not pay, the answer was "Too bad, you do not have an appointment." These kinds of hair-raising stories are popping up all over the country. When you speak about uncertainty, this can happen and unfortunately because of irregularities in terms of how the situation has been carried on, none of the seniors agree with extra billing. They have campaigned in their own provinces against extra billing by doctors and user fees at hospitals, laboratories and other services.

Senator Bielish: I have one other question. What percentage of patients does this extra billing involve, or what percentage of doctors?

Ms. Vowles: I will give you an example: Anyone in Ontario who goes for surgery faces extra billing by 62 per cent of the anaesthetists. That means they may have to wait until there is an anaesthetist who does not extra bill in order to go ahead with their surgery, although I believe that all the hospitals are required to supply an anaesthetist who does not extra bill. This is quite a problem in areas such as Peterborough, where the extra billing is very high in the realm of specialists, and a patient who cannot afford the extra fee can certainly not afford to go somewhere else, because travelling also costs money.

The Chairman: Thank you, Ms. Vowles.

Honourable senators, since it is now 11.30 a.m. we should, perhaps, proceed with our next group of witnesses.

[Traduction]

Mme Hegan: Je répondais à la question de l'honorable sénateur qui parlait de l'augmentation, de l'érosion du système et de toutes les autres sources de difficultés. Oui, vous avez raison, en définitive, les gens préfèrent payer pour des services de santé. Ils se rendent compte qu'ils paient, mais ils préfèrent payer par le truchement du régime fiscal sans plus rien devoir lorsqu'ils tombent malades. Sans compter que, de cette manière, les coûts sont répartis sur toute la population. C'est vraiment la formule que les usager préfèrent et vous avez raison de dire qu'il aimait mieux ne rien devoir lorsqu'ils sont malades.

Le président: J'avais cru comprendre que vous trouviez abusif que l'usager ne sache pas quant il lui faudra payer et combien. Le fait est qu'il y a abus lorsque l'usager reçoit une note de frais alors qu'il cotise, par ses impôts, à des services essentiels de santé?

Mme Hegan: C'est exact.

Mme Vowles: Monsieur le président, puis-je dire un mot au sujet de la surfacturation? La situation change constamment et une patiente peut être recommandée au spécialiste par son médecin de famille, qui ignore si ce spécialiste exigera un supplément d'honoraires. Nous avons entendu toutes sortes d'histoires terrifiantes; par exemple; la malade qui dès son entrée au bureau du spécialiste, voit un écriteau au mur avertissant que des frais supplémentaires étaient imposés. Elle dit à la réceptionniste qu'elle n'est pas en mesure de payer ce supplément et qu'elle ne sait quoi faire; la réceptionniste lui répond: «C'est dommage, mais vous n'avez pas de rendez-vous.» On entend raconter des histoires de ce genre partout au Canada. Quand vous parlez d'incertitude, cette situation peut malheureusement arriver, à cause des irrégularités dans la façon de procéder et nulle personne âgée n'admettra la surfacturation. Chacun, dans sa province, a milité contre la surfacturation par le médecin et les frais modérateurs imposés par l'hôpital pour les services de laboratoire et autres.

Le sénateur Bielish: Autre question. Quel est le pourcentage des malades qui sont touchés par cette surfacturation et quel est celui des médecins qui la pratiquent?

Mme Vowles: Je vais vous donner un exemple: tous ceux qui subissent une intervention chirurgicale en Ontario font l'objet d'une surfacturation de la part de 62 p. 100 des anesthésistes. Ce qui signifie qu'il leur faudra peut-être attendre un anesthésiste qui n'exige pas de supplément, avant de se faire opérer, bien que, si j'ai bien compris, tous les hôpitaux soient tenus de fournir un anesthésiste qui ne surfacture pas. La situation crée un véritable problème dans des régions comme Peterborough, où la surfacturation est très élevée parmi les spécialistes et où le malade, s'il ne peut assumer de frais supplémentaires, ne peut certainement pas non plus se rendre ailleurs, à cause des frais de déplacements qui sont élevés.

Le président: Merci, madame Vowles.

Honourables sénateurs, il est présentement 11 h 30 et il convient peut-être de passer à notre prochain groupe de témoins.

[Text]

I would say to our present group that you are certainly welcome to stay and hear what the next group has to say. Thank you very much for coming. After yesterday, it is interesting to hear from a group that is in favour of medicare.

Honourable senators, the representatives from the Manitoba Medical Association appearing before us today are Dr. Neil Heywood, Past President and Mr. John Laplume, who is the Executive Director. I would now ask Dr. Heywood for his submissions.

Dr. Neil Heywood, Past President, Manitoba Medical Association: Mr. Chairman, honourable senators, thank you for allowing the Manitoba Medical Association to make a presentation on short notice. When we received a copy of the Honourable Laurent Desjardins' March 28, 1984, submission to this committee, we decided it was necessary to present our view point directly so as to assist you in keeping all pertinent issues in perspective.

Attached as Appendix "A" is our previous submission to the House of Commons Standing Committee on Health, Welfare and Social Affairs. We hope you will review this document later if you have not already done so.

Since this document was prepared, 75 per cent of MMA members voting in a mail referendum agreed with the following statement:

I am willing to forgo the right to extra-bill if a meaningful, fair form of compulsory binding arbitration can be successfully negotiated.

We advised the Minister of Health, Mr. Desjardins, of the membership's decision in this regard and we are, at the present time, working with his officials to arrive at made-in-Manitoba form of binding arbitration to resolve fee disputes in the future. While we are optimistic about the prospects for achieving an arbitration mechanism acceptable to both parties, we have serious concerns in respect of attempts by various provincial governments to scuttle clause 12(2) of the proposed Canada Health Act as it appears in its present form.

We strongly support this clause and, ideally, we believe it should be strengthened as suggested by the Nova Scotia Medical Society, that is:

(2) In respect of any province in which extra-billing is not permitted, paragraph 12(1)(c) shall be complied with by the province entering into an agreement with the medical practitioners and dentists of that province that provides

(a) For negotiations relating to compensation for insured health services between the province and provincial organizations that represent practising medical practitioners or dentists in the province;

[Traduction]

Nos témoins actuels sont invités, bien sûr, à écouter ce que les autres auront à nous dire. Je les remercie d'être venus témoigner. Après ce que nous avons entendu hier, il est intéressant de connaître l'opinion d'un groupe qui est en faveur du régime d'assurance-maladie.

Honorables sénateurs, les représentants de l'Association médicale du Manitoba qui comparaissent aujourd'hui devant nous sont: le Dr Neil Heywood et M. John Laplume, respectivement ex-président, directeur exécutif de cette association. Je prierais le Dr Heywood de nous présenter son mémoire.

Dr Neil Heywood, ex-président, Association médicale du Manitoba: Monsieur le président, honorables sénateurs, je vous remercie d'avoir donné à l'Association médicale du Manitoba l'occasion de présenter un mémoire dans un délai aussi court. Lorsque nous avons reçu un exemplaire du mémoire présenté par l'honorable Laurent Desjardins le 28 mars 1984, nous avons cru nécessaire de vous exposer directement notre point de vue, pour vous aider à apprécier tous les éléments de la question.

Vous trouverez à l'annexe «A», le mémoire que nous avons déjà soumis au Comité permanent de la santé, du bien-être et des affaires sociales de la Chambre des communes. Nous espérons que vous étudierez ce document plus tard, si vous ne l'avez déjà fait.

Depuis la rédaction de ce document, 75 p. 100 des membres de l'AMM se sont déclarés, par référendum postal, en accord avec la déclaration suivante:

Je consens à renoncer au droit à la surfacturation si nous réussissons à négocier une procédure équitable d'arbitrage obligatoire.

Nous avons prévenu le ministre de la Santé, M. Desjardins, de la décision que nos membres avaient prise sur ce point et nous collaborons présentement avec ses hauts fonctionnaires pour élaborer une formule d'arbitrage obligatoire en vue de régler nos différends futurs au sujet des honoraires. Nous sommes confiants de pouvoir établir un mécanisme d'arbitrage qui soit acceptable aux deux partis, mais nous nous préoccupons sérieusement des tentatives répétées de divers gouvernements provinciaux visant à faire obstacle au paragraphe 12(2) de la Loi canadienne sur la santé, dans sa forme actuelle.

Nous appuyons énergiquement cette disposition et nous estimons même qu'elle devrait être renforcée, comme l'a suggéré la Société médicale de la Nouvelle-Écosse. Voici le texte de ce paragraphe:

(2) Pour toute province où la surfacturation n'est pas permise, il est réputé être satisfait à l'alinéa 12(1)c) si la province a choisi de conclure un accord et a effectivement conclu un accord avec ses médecins et dentistes prévoyant:

a) la tenue de négociations sur la rémunération des services de santé assurés entre la province et les organisations provinciales représentant les médecins ou dentistes qui exercent dans la province;

[Text]

(b) For the settlement of disputes relating to compensation through, at the option of the appropriate provincial organizations referred to in paragraph (a), conciliation or binding arbitration by a panel that is equally representative of the provincial organizations and the province and that has an independent chairman; and

(c) That a decision of a panel referred to in paragraph (b) may not be altered except by an Act of the Legislature of the Province.

At the very least, clause 12(2) as already approved by Parliament should be preserved and passed into law.

Provincial governments who intend to or already provide reasonable compensation for all insured health services rendered by medical practitioners or dentists have no legitimate fears about this clause, for it contains adequate safeguards for both provincial medical associations and the provincial governments.

Although the bill would neither compel the provinces to negotiate nor force them to submit to binding arbitration, a significant degree of moral suasion could be exercised by the federal government in those instances where the requirement for reasonable compensation was not being met.

If the Government of Canada, which shares equally with the provinces in funding insured health services, does not have the ability to enter the conciliation process in respect of a fee dispute, it is understandable that the medical profession will have no other option but withdrawal of services to protect its economic freedom. On the other hand, any province could alter an arbitration award by an act of its legislature, thereby meeting its fundamental responsibilities to the electorate in economic matters. A province would, of course, use its power judiciously to avoid negative public reaction.

We submit that clause 12(2) provides ample protection for the provinces and gives some measure of hope to the medical profession that it will be compensated fairly. Like Mr. Desjardins, we, too, speak as supporters and defenders of medicare. We believe the Government of Canada has a responsibility to the providers as well as to the recipients of health care. The future of the medicare program should and must be safeguarded by some civilized method of resolving disputes.

The Chairman: There are a couple of questions about your brief that I would like clarified. At the bottom of page 2 you say that at the very least clause 12(2) has already been approved by Parliament. I can assure you that it has not been approved by Parliament. The bill has not even come to the Senate yet and until the Senate approves it and it is signed by the Governor General, it will not be approved by Parliament. Therefore, it is in the process of being passed. On page 3 you state that the Government of Canada shares equally with the provinces in funding insured health services. In some provinces the federal government pays more than an equal share and other provinces will tell you that they do not meet the 50 per cent level. So there is some dispute as to equality in some provinces.

[Traduction]

b) le règlement des différends concernant la rémunération par, au choix des organisations provinciales compétentes visées à l'alinéa a), soit la conciliation soit l'arbitrage obligatoire par un groupe représentant également les organisations provinciales et la province et ayant un président indépendant;

c) l'impossibilité de modifier la décision du groupe visé à l'alinéa b), sauf par une loi de la province.

Le paragraphe 12(2), qui a déjà été approuvé par le Parlement, devrait pour le moins, être retenu et adopté.

Les gouvernements provinciaux qui ont l'intention de verser, ou qui versent déjà une rémunération raisonnable pour tous les services de santé assurés, dispensés par les médecins ou par les dentistes, ne craignent rien de ce paragraphe qui y protège suffisamment les associations médicales provinciales et les gouvernements provinciaux.

Bien que le présent projet de loi n'entende ni forcer les provinces à négocier, ni les acculer à l'arbitrage obligatoire, le gouvernement fédéral pourrait exercer une certaine persuasion morale, dans les cas où une rémunération raisonnable ne serait pas versée.

Si le gouvernement du Canada, qui finance à part égale avec les provinces les services de santé assurés, n'est pas autorisé à participer au processus de conciliation eu égard au règlement d'un différend concernant les tarifs, il est compréhensible que le corps médical n'aura d'autre choix que de retirer les services qu'il offre pour protéger sa liberté salariale. Par contre, toute assemblée législative peut modifier une décision d'arbitrage en adoptant une loi à cet effet assumant ainsi ses responsabilités premières envers la population, économiquement parlant. Certes, une province utiliserait judicieusement ses pouvoirs afin d'éviter de provoquer une réaction négative de la population.

Nous estimons que le paragraphe 12(2) offre suffisamment de protection aux provinces et donne, dans une certaine mesure, à espérer un corps médical qu'il sera rémunéré de façon juste et équitable. Tout comme M. Desjardins, nous appuyons et défendons le régime d'assurance-santé. Nous croyons que le gouvernement du Canada doit assumer certaines responsabilités à l'égard des pourvoyeurs et des prestataires de soins de santé. L'avenir du régime d'assurance-santé doit être sauvegardé, et ce, en adoptant une méthode civilisée de règlement des différends.

Le président: Il y a quelques questions que j'aimerais clarifier au sujet de votre mémoire. Au bas de la page 2, vous dites qu'à tout le moins le paragraphe 12(2) a déjà été approuvé par le gouvernement. Je peux vous assurer qu'il n'en est rien. Le projet de loi n'a même pas encore été renvoyé au Sénat et tant que ce dernier ne l'aura pas approuvé et qu'il n'aura pas été sanctionné par le gouverneur général, il ne sera pas approuvé par le Parlement. Par conséquent, je dois dire que le projet de loi est en voie d'adoption. A la page 3, vous dites que le gouvernement fédéral verse plus que sa part et d'autres provinces vous diront qu'elles ne fournissent pas les 50 p. 100 prévus. On peut donc mettre en doute cette question d'égalité dans certaines provinces.

[Text]

Senator Lewis: On page 3 in the second last paragraph you submit that clause 12(2) provides ample protection for the provinces. Are you referring to clause 12(2) in the bill or the alternative that you suggest?

Dr. Heywood: I suggested that clause 12(2), as it is currently before the house and before this committee, would be adequate protection, although we feel very strongly, as our brief suggests, that the amendment that has been proposed by the Nova Scotia Medical Society would be preferable.

Senator Lewis: So on page 3 you are referring to the clause in the bill?

Mr. John Laplume, Executive Director, Manitoba Medical Association: It is the contention of the provinces that the act as presently stands would prevent the provinces from exercising their responsibilities to the electorate. Our Minister of health has made this contention to us. Yet, the act clearly states that any legislature can overturn an award if it was deemed that the award, for some reason or other, was irresponsible. We cannot understand why the provinces say there is no protection for them and we reject that contention. There is very explicit and direct protection for the provinces. Our belief is that those provinces that feel very strongly about their position with respect to funding and feel that their contribution is adequate should have nothing to fear from an impartial third party having a look at their claims and at the claims of the federal government.

Senator Bielish: In response to the last speaker, yesterday we were told just the opposite, that those who make larger contributions than the federal government fear the whole system. Do you think that all this difficulty which we are experiencing over this bill between the federal and provincial governments is due to a lack of consultation prior to the act being drafted?

Mr. Laplume: I think it is safe to say that we believe that the consultative process between the federal government and the provinces could be much improved. I think this feeling goes right across the country. On the other hand, we do not feel that we are in a competent position to take sides when it comes to the funding issue. This is clearly a very complex and complicated question and one that the provinces and the federal government have been discussing and arguing about for many years, and, in our view, one on which even the Hall Commission has not been able to come to any real conclusion once and for all. The debate rages on and will probably rage on past my lifetime. The important thing as far as we are concerned is not whether or not the federal government is right or whether the provinces are right but that somewhere there has to be the ability to conciliate and arbitrate. We have to place confidence in somebody who has nothing to gain by being on one side or the other. That is basically our position.

Senator Bielish: Do you mean somebody other than the two parties involved?

[Traduction]

Le sénateur Lewis: A la page 3, à l'avant-dernier paragraphe, vous dites que le paragraphe 12(2) offre suffisamment de protection aux provinces. Faites-vous allusion au paragraphe du projet de loi ou à la solution de rechange que vous proposez?

Dr. Heywood: J'estime que le libellé actuel du paragraphe 12(2) qu'étudient la Chambre et votre Comité offre suffisamment de protection bien que, comme le laisse entendre notre mémoire, nous croyions fermement que l'amendement proposé par la *Nova Scotia Medical Society* serait préférable.

Le sénateur Lewis: Donc, à la page 3, vous parlez de l'article du projet de loi?

M. John Laplume, directeur exécutif, Association médicale du Manitoba: Les provinces estiment que le projet de loi, dans sa forme actuelle, les empêcherait d'assumer leurs responsabilités envers la population. C'est ce que nous a laissé entendre notre ministre de la Santé. Pourtant, le projet de loi précise clairement que toute assemblée législative peut renverser une décision d'arbitrage si elle estime que la décision, pour une raison ou pour une autre, est irresponsable. Nous n'arrivons pas à comprendre pourquoi les provinces estiment que le projet de loi ne leur offre aucune protection et nous rejettons cette affirmation. Le projet de loi prévoit une protection explicite et directe pour les provinces. A notre avis, les provinces qui défendent leur position de façon très ferme en ce qui a trait au financement et qui estiment que leur contribution est adéquate ne devraient avoir rien à craindre d'une tierce partie qui étudierait de façon impartiale leurs revendications et celles du gouvernement fédéral.

Le sénateur Bielish: En réponse au dernier intervenant, hier, on nous a dit tout à fait l'opposé, à savoir que les provinces qui versent des contributions plus importantes que le gouvernement fédéral craignent tout le système. Croyez-vous que toutes ces difficultés que nous éprouvons au sujet du projet de loi entre le gouvernement fédéral et les provinces résultent d'un manque de consultation avant la rédaction du projet de loi?

M. Laplume: Sous toute réserve, nous pouvons dire qu'à notre avis, le processus de consultation entre le gouvernement fédéral et les provinces pourrait être amélioré de beaucoup. Je crois que toutes les provinces pensent de même. Par contre, nous n'estimons pas être en mesure de prendre partie lorsqu'il est temps de discuter de la question du financement. C'est là une question très complexe que les provinces et le gouvernement fédéral discutent et débattent depuis de nombreuses années et à notre avis, même la Commission Hall n'a pas été capable d'en venir à une conclusion précise une fois pour toutes. Le débat se poursuit et se poursuivra probablement même après sa mort. Pour nous, la chose importante n'est pas de savoir si c'est le gouvernement fédéral ou les provinces qui ont tort, mais bien plutôt qu'à un moment donné, un organisme doit être habilité à entamer un processus de conciliation et d'arbitrage. Nous devons faire confiance à un organisme qui n'a rien à gagner ni d'un côté ni de l'autre. C'est là fondamentalement la position que nous défendons.

Le sénateur Bielish: Vous voulez dire quelqu'un d'autre que les deux parties en cause?

[Text]

Mr. Laplume: Absolutely.

Dr. Heywood: The attempts of the Manitoba Medical Association have been to find some format whereby we could resolve our differences. Inevitably there are going to be differences, not only at the fiscal level but at the non-fiscal level. We see the development of the Canada Health Act as a potential way of resolving fiscal problems in a civilized way, as we have said. One of the problems we in Manitoba have specifically faced is that in dealing solely with the fiscal matters we have faced an inability to deal with other more important matters, much more important health matters in which we as a profession believe we should be having an input. Because of the potential of having some dispute-resolution mechanism, we believe that we will be able to have that input. We believe that the quality of medicare will be enhanced. That is the position of the Manitoba Medical Association which we believe is also the position generally of the Canadian Medical Association, one of enhancement of medicare.

The Chairman: I have a question for Mr. Laplume. He gives the impression that the two governments have not consulted enough. Does he realize that the Minister of Health of Canada approached every minister of health of the provinces to discuss the possible legislation and after listening to all the ministers of health yesterday, I can tell him they are all against the passage of this bill to stop extra billing and user fees. How many more years of consultation will it take with the ministers of the provinces and the two territories to persuade them that we should not have user fees and extra billing, when the Government of Canada thinks it is their right to protect the consumer and to do away with user fees and introduce a completely different policy. Somebody has to take the bull by the horns and say, "Look, this is what we think is good for the country." When do you stop consultation and when do you start giving government?

Mr. Laplume: The best I can give you is our impression. When we meet with our Minister of Health and his officials, we get the distinct impression from them that there is not enough consultation. It may well be that from their point of view there will never be enough consultation because they are not going to have their views addressed in the way they would like to have them addressed. In large measure I think that is part of the problem. I agree that the Government of Canada has, by far, the ultimate responsibility to see that the medicare system functions appropriately right across the land, not only in the province of Manitoba. I think there has to be some sort of fundamental mechanism in place, which will apply right across the country and, hopefully, that will satisfy the majority of people.

I do not think, and I do not think our association believes that you are ever going to be able to find a system that will please all provinces. All you can hope to do is apply a mechanism that the majority of sensible people would approve, will follow and that they will be bound by the decision.

The Chairman: The minister appeared before our committee and he was somewhat upset with clause 12(2), but when he

[Traduction]

M. Laplume: Absolument.

Dr Heywood: L'Association médicale du Manitoba tente de trouver une formule lui permettant de régler ses différends. Il y aura inévitablement des différences d'opinions, non seulement en matière de rémunération, mais sur d'autres plans également. Nous croyons que l'adoption de la Loi canadienne sur la santé s'avèrera un moyen de résoudre les problèmes financiers de façon civilisée, comme nous l'avons dit. L'un de nos problèmes au Manitoba, c'est le fait que la seule discussion des questions financières nous empêche de régler d'autres questions plus importantes concernant les soins de santé pour lesquelles, nous, du corps médical, estimons avoir notre mot à dire. Et comme nous entrevoyons la possibilité d'un mécanisme de règlement des différends, nous croyons que nous serons en mesure d'avoir ce mot à dire. Nous estimons que la qualité du régime d'assurance-santé en sera améliorée. Voilà la position de l'Association médicale du Manitoba, qui, nous croyons, est aussi la position générale de l'Association médicale canadienne, à savoir l'amélioration du régime d'assurance-santé.

Le président: J'ai une question à poser à M. Laplume. Il nous donne l'impression que les deux gouvernements ne se sont pas suffisamment consultés. Sait-il que le ministre fédéral de la Santé a consulté tous les ministres de la Santé des provinces pour discuter du projet de loi et après les avoir tous entendus hier, je peux lui dire que tous étaient contre l'adoption du projet de loi visant à interdire la surfacturation et les frais modérateurs. Pendant combien d'années encore faudra-t-il procéder à une consultation avec les ministres des provinces et des deux territoires pour les persuader d'interdire la surfacturation et les frais modérateurs, à un moment où le gouvernement du Canada estime qu'il est de son droit de protéger le consommateur et d'adopter une politique complètement différente? Il faut que quelqu'un prenne le taureau par les cornes et dise: «Écoutez, c'est ce que nous croyons être bon pour le pays.» Quand doit-on cesser de procéder à cette consultation et quand doit-on commencer à faire droit au gouvernement?

M. Laplume: Tout ce que je peux vous dire se fonde sur l'impression que nous avons. Lorsque nous rencontrons notre ministre de la Santé et ses fonctionnaires, nous avons clairement l'impression qu'à leur avis, on n'a pas procédé à suffisamment de consultation. Il se peut très bien que de leur point de vue, il n'y aura jamais assez de consultation parce que le gouvernement fédéral ne va pas régler les problèmes de la façon dont ils le voudraient. Je pense que c'est là une partie du problème. Je conviens que le gouvernement du Canada a de loin l'ultime responsabilité de veiller à ce que le régime d'assurance-santé fonctionne très bien d'un océan à l'autre, et non seulement au Manitoba. Je pense qu'il faut qu'il y ait en place un genre de mécanisme fondamental qui prévaudrait pour tout le pays et qui satisferait la majorité des gens.

Je ne pense pas, et c'est l'avis de notre association également, que vous arriviez jamais à trouver un système qui plaira à toutes les provinces. Tout ce que vous pouvez espérer faire c'est d'appliquer un mécanisme que la majorité des personnes sensées approuverait et respecterait.

Le président: Le ministre a comparu devant notre Comité et il était quelque peu inquiet par le paragraphe 12(2), mais

[Text]

realized that it was not compulsory on his government, he was more satisfied with it because he told us he had a very good relationship with the medical people in his province. He did not want that disturbed. He went home a little happier with the understanding that it was not compulsory.

It appears that the Manitoba Medical Association is also happy with this situation although you may think it should be stronger or weaker. Perhaps, if we split the situation down the middle and leave the *status quo*, both will be fairly happy.

Mr. Laplume: I think it would be a tragedy if that clause of the bill, as it presently stands, were somehow removed or not acted upon. In effect, the doctors of Manitoba have said in very large numbers, in a secret ballot, that they would be prepared to give up forever their right to extra-bill patients. I do not think it is relevant whether or not the Canada Health Act is in place. They answered the question prior to the act being passed.

At the same time they are asking that someone who does not have a vested interest be able to take part in the process. We cannot understand how any province can put up a logical argument to say that that is not a reasonable request.

The Chairman: Since you had a vote showing that 88 per cent of the physicians in the province of Manitoba were in favour of doing away with extra billing provided there was arbitration, what has been the reaction of the CMA? Is that association upset with the response of Manitoba?

Dr. Heywood: I think one should appreciate that one of the problems that we have faced is very comparable to that of the provincial Ministers of Health.

We have 10 provinces and two territories. Inevitably, because of the vastness of our country, that is going to represent an enormous difference of opinion spectrum. The Canadian Medical Association is the overall binding body, but I think, within that association, there has to be room, and indeed there is, for different opinions.

The attitudes which have been portrayed, as evidenced by the referendum in Manitoba, specifically addressed that province. I think, within the Canadian Medical Association, there is the facility to accommodate other opinions. I do not believe at the present time that we in Manitoba should try to impose our views. We have certain special problems because of geography, ethnic mix and a number of other things which will lead us and in fact has led us to this position.

I do not think it would be appropriate for me, speaking on behalf of the medical profession, to say that this type of solution would be appropriate for any other province. I think they must make that decision for themselves individually.

Senator Bielish: Do you add to your comments that, with or without the penalty, each province has a right in this regard?

Dr. Heywood: I can only respond in a Manitoba context. The health minister, Mr. Desjardins, has gone on record as saying—and has said on many occasions to Mr. Laplume and

[Traduction]

lorsqu'il s'est rendu compte qu'il n'était pas obligatoire pour son gouvernement, il a changé son fusil d'épaule parce que, nous a-t-il dit, il entretenait de très bonnes relations avec le corps médical de sa province et il ne voulait pas qu'elles soient perturbées. Il est retourné chez lui un peu plus heureux, sachant que ce paragraphe n'était pas obligatoire.

Il semble que la *Manitoba Medical Association* se réjouit aussi de cette situation même si vous pensez peut-être que la loi devrait être plus ferme ou plus conciliante. Si vous réussissez à établir une position médiane, maintenant ainsi le *statu quo*, vous arriveriez peut-être à contenter tous les deux.

M. Laplume: Il serait, à mon avis, tragique que cet article du projet de loi, sous sa forme actuelle, soit retranché ou ne soit pas respecté. En effet, les médecins du Manitoba ont déclaré en très grand nombre, lors d'un vote secret, qu'ils seraient disposés à renoncer à jamais à leur droit de surfacturer les patients. Je ne pense pas qu'il importe alors que la Loi canadienne sur la santé soit en vigueur ou non. Ils ont répondu à la question avant l'adoption de la loi.

Parallèlement, ils demandent qu'une personne qui n'a pas de droits acquis puisse prendre part au processus. Nous ne pouvons comprendre comment une province quelconque peut logiquement prétendre que ce n'est pas une demande normale.

Le président: Étant donné que vous avez eu un vote démontrant que 88 p. 100 des médecins de la province du Manitoba étaient en faveur de renoncer à la surfacturation pourvu qu'il y ait arbitrage, quelle a été la réaction de l'AMC? Cette association est-elle inquiète de la réaction du Manitoba?

Dr. Heywood: Il faudrait se rendre compte qu'un des problèmes auxquels nous sommes confrontés est très comparable à celui qui se pose pour les ministres provinciaux de la Santé.

Nous avons dix provinces et deux territoires. Inévitablement, étant donné l'immensité de notre pays, il y aura une très grande variété d'opinions. L'Association médicale canadienne est l'organisme exécutif pour l'ensemble du pays, mais j'estime qu'au sein de cette association, il faut que différentes opinions puissent s'exprimer et je crois que c'est ce qui se produit d'ailleurs.

Les attitudes qui ont été décrites, et qui ressortent du référendum tenu au Manitoba, se rattachent précisément à cette province. Je pense que l'Association médicale canadienne est en mesure d'accueillir d'autres opinions. Je ne pense pas qu'à l'heure actuelle nous, au Manitoba, nous devrions essayer d'imposer les nôtres. Nous avons certains problèmes spéciaux, en raison de la géographie, de la composition ethnique de la population et d'un certain nombre d'autres facteurs, qui nous ont poussés à adopter cette position.

Il ne conviendrait certainement pas que j'affirme, au nom de la profession médicale, que ce type de solution répond aux besoins de n'importe quelle autre province. Chacune d'entre elles doit prendre cette décision pour elle-même.

Le sénateur Bielish: Iriez-vous jusqu'à dire qu'avec ou sans pénalisation, chaque province a un droit à cet égard?

Dr. Heywood: Je ne puis vous répondre qu'en vous parlant de ce qui se passe au Manitoba. Le ministre de la Santé, M. Desjardins, a déclaré—comme il l'a fait à maintes reprises à

[Text]

me—that the problem of extra billing is not a problem in the province of Manitoba. As you will find in our brief, there are only some 83 physicians who have opted out, which is about 6.4 per cent of the physician population. It is not a problem.

As to whether there should or should not be penalties, Mr. Desjardins seems to be prepared to live with the current level, and I can understand that. I do not think it is really within my jurisdiction to respond.

Where I think the minister gets upset is because he feels there is some compulsion. I think, as the chairman has already said, once it was drawn to his attention that there was no compulsion, he seemed to live happily with it.

The Chairman: Thank you, Dr. Heywood and Mr. Laplume, for your information and time.

I would now call on the Federation of Medical Specialists of Quebec and the Federation of General Practitioners of Quebec.

Honourable senators, we have here with us now Dr. Paul Desjardins, the President of the Federation of Medical Specialists of Quebec, and on his right Mr. George Gagnon, Director, Professional Affairs, of the Federation of General Practitioners of Quebec.

Dr. Paul Desjardins, President, Federation of Medical Specialists of Québec: Mr. Chairman, accompanying us is the Secretary of the Federation of Medical Specialists of Québec, Dr. Lefebvre.

The Chairman: I will turn the meeting over to you, Dr. Desjardins, and we will perhaps hear from Dr. Gagnon later. Then I will open the meeting to questions.

Dr. Desjardins: We have brought with us this morning a copy of our submission in both French and English, which I gather is being distributed right now. Dr. Gagnon will commence the presentation.

Dr. George Henri Gagnon, directeur, Affaires professionnelles, Fédération des omnipraticiens du Québec: Monsieur le président, nous avons préparé un mini-mémoire en commun, dont je vais vous lire la première partie.

La Fédération des médecins spécialistes du Québec et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec constituent, au Québec, les seuls organismes représentatifs de l'ensemble des médecins spécialistes et omnipraticiens qui sont quotidiennement à l'épicentre de la prestation des services de santé. À ce titre, les fédérations médicales portent un intérêt particulier à toutes les lois relatives à la santé et aux affaires sociales.

Les mémoires des deux fédérations médicales, ainsi que les représentations de ces dernières devant le comité plénier de la Chambre des communes au sujet du projet de loi C-3, ont fait état clairement de la régression constante de la rémunération des médecins québécois et de leur sous-rémunération par rapport aux médecins des autres provinces. Après avoir évoqué les divers aspects du sous-financement des services de santé dans leur province, les fédérations médicales du Québec ont, à l'occasion de l'audition des mémoires, appuyé le concept d'une

[Traduction]

M. Laplume et à moi-même—que la surfacturation n'est pas un problème au Manitoba. Comme vous le découvrirez en lisant notre mémoire, il n'y a que quelque 83 médecins qui se sont désaffiliés, ce qui représente environ 6,4 p. 100 du corps médical. Ce n'est donc pas un problème.

Quant à savoir s'il devrait y avoir ou non une pénalité, M. Desjardins semble être disposé à se contenter du niveau actuel, et je puis le comprendre. Je ne pense vraiment pas qu'il est de ma compétence de répondre.

Je pense que le ministre s'inquiète parce qu'il sent qu'il y a une certaine obligation. Je pense, comme le président l'a déjà dit, que dès qu'il a su qu'il n'y avait pas d'obligation, il n'y a plus eu aucun problème.

Le président: Merci, docteur Heywood et monsieur Laplume, des renseignements que vous nous avez donnés et du temps que vous nous avez consacré.

J'invite maintenant la Fédération des médecins Spécialistes du Québec et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec à prendre la parole.

Honorables sénateurs, je vous présente maintenant M. Paul Desjardins, président de la Fédération des médecins Spécialistes du Québec et, à sa droite, M. George Gagnon, directeur des affaires professionnelles de la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec.

Dr Paul Desjardins, président, Fédération des médecins spécialistes du Québec: Monsieur le président, le Secrétaire de la Fédération des médecins Spécialistes du Québec, le docteur Lefebvre, nous accompagne.

Le président: Je vous cède d'abord la parole docteur Desjardins et ensuite nous entendrons peut-être le docteur Gagnon. Nous passerons ensuite aux questions.

Dr. Desjardins: Nous avons apporté avec nous ce matin un exemplaire de notre mémoire en français et en anglais qui, je crois, vous est distribué dans le moment. Le docteur Gagnon commencera l'exposé.

Dr George Henri Gagnon, Director, Professional Affairs, Federation of General Practitioners of Québec: We have prepared a joint mini-brief, part one of which I will now read to you.

The Fédération des médecins spécialistes du Québec and the Fédération des médecins omnipraticiens du Québec are the only organizations in Quebec which represent respectively all of the specialists and general practitioners at the very core of the system of provision of health services. Thus, it is in this capacity that the medical federations have a particular interest in all legislation pertaining to health and social affairs.

The submissions filed by both medical federations, and the ensuing representations made to the House of Commons Standing Committee concerning Bill C-3 clearly pointed out that physicians' compensation in Quebec was constantly regressing and that said compensation was well below that of their fellow physicians in other Canadian provinces. In their submissions, the Quebec medical federations began by stating all of the different elements of their province's health services under-financing. Then, during the hearings, they endorsed the concept of

[Text]

«rémunération raisonnable» retenue par l'article 12(1)c) du projet de loi. Mais, c'est autour du concept d'un financement adéquat des services de santé que doit, selon nous, s'articuler la réflexion du législateur pour aider les problèmes fondamentaux, les pratiques dites de surfacturation et de frais modérateurs ne constituant que des symptômes des carences à combler. Ainsi, c'est à cause de cette constance historique particulière que ces pratiques n'existent pas au Québec, où l'on ne peut pourtant échapper au constat d'un problème évident du sous-financement des services de santé.

Maintenant, le Dr Desjardins continuera la lecture du mémoire, s'il vous plaît.

Dr Desjardins: Le projet de loi C-3 modifié: Les fédérations médicales du Québec ont pris connaissance des représentations faites par l'Association médicale canadienne et, aussi par d'autres organismes au sujet du projet de loi modifié qui est présentement soumis à l'étude du comité du Sénat sur les affaires sociales, les sciences et la technologie.

Il est, dans un premier temps, de notre responsabilité d'organisme représentatif des médecins du Québec, de réitérer devant vous que le projet de loi C-3, malgré ses modifications, n'apporte pas une solution réelle aux problèmes fondamentaux de la santé au Canada causés par l'insuffisance du financement public.

Dans un second temps, s'il faut, dans ce projet de loi modifié, reconnaître une volonté politique ferme d'abolir les pratiques de surfacturation et de frais modérateurs et de maintenir les présomptions de rémunération raisonnable établies par le nouvel article 12(2), qu'il nous soit permis de suggérer les aménagements suivants:

Premièrement, l'utilisation des expressions «a choisi de conclure un accord» et «a effectivement conclu un accord», crée, à notre sens, une confusion vraisemblablement porteuse de malentendus au niveau de l'interprétation.

Aussi, recommandons-nous que les lignes 8, 9, 10, 11, 12 et 13 soient modifiées pour se lire ainsi:

Article (2) Pour toute province où la surfacturation n'est pas permise, il est réputé être satisfait à l'alinéa 12(1)c) si la province a effectivement conclu un accord avec ses médecins et dentistes prévoyant: . . .

Pour éviter une impasse qui, le cas échéant, serait préjudiciable à l'intérêt de tous les intervenants, nous recommandons d'ajouter, après l'article 12(2)b), les mots suivants:

. . . en cas de désaccord sur le choix du président, ce dernier sera désigné par le juge en chef de la Cour supérieure de la province.

En conclusion, monsieur le président, La Fédération des médecins spécialistes du Québec et La Fédération des médecins omnipraticiens du Québec vous soumettent respectueusement leurs recommandations; elles sont à votre disposition pour répondre à toute demande de renseignement additionnelle.

Je tiens à vous remercier de nous avoir acceptés à l'occasion de ces audiences, malgré la charge de travail que vous avez ces jours-ci.

[Traduction]

"reasonable compensation" contained in clause 12(1)(c) of the Bill. However, we are of the opinion that the legislator should lend his thoughts to a concept of sufficient funding, in order to deal with the fundamental problems, the practices commonly known as extra-billing and user charges being no more than mere symptoms of a disease that must be cured. History has dictated that in Quebec these practices should not be; however, one can hardly ignore the obvious fact that the under-funding of health services in this province is a problem.

I will now give the floor to Dr. Desjardins who will continue reading the brief.

Dr. Desjardins: The amended Bill C-3: The medical federations in Quebec are well aware of the representations made by the Canadian Medical Associations as well as those made by various organizations concerning the amended Bill, currently under study by the Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology.

First of all, it befalls us, as the representative organization for Quebec physicians, to repeat that, in spite of the amendments made to Bill C-3, no true solution to the basic health problems in Canada caused by insufficient public funding has been found.

Then, if one must consider the amended Bill as containing the steadfast wish of Parliament to abolish extra-billing and user charges practices and to hold onto the presumptions of reasonable compensation set out in the new clause 12(2), might we suggest the following wording:

In our mind, the terms "has chosen to enter into" and "has entered into an agreement" give rise to confusion, and this confusion would most probably lead to misinterpretation.

We recommend that lines 11, 12, 13, 14, 15 and 16 be modified to read as follows:

(2) In respect of any province in which extra-billing is not permitted, paragraph 12(1)(c) shall be deemed to be complied with if the province has entered into an agreement with the medical practitioners and dentists of the province that provinces . . .

In order to avoid a deadlock that could be harmful to the interests of all of the intervenors, we suggest that the following words be added to section 12(2)(b):

. . . Should there be any disagreement concerning the choice of a president, the latter shall be appointed by the Chief Justice of the Superior Court of the Province.

In conclusion, Mr. Chairman, the Fédération des médecins spécialistes du Québec and the Fédération des médecins omnipraticiens du Québec hereby respectfully submit their recommendations and remain at your entire disposal to answer any additional query.

I would like to thank you for allowing us this opportunity to testify before your Committee. We know that your present workload is very heavy.

[Text]

The Chairman: Thank you, Dr. Desjardins. Perhaps I could ask you the first question. Could you tell me if there are any general practitioners, physicians or specialists in the Province of Quebec, who extra-bill at this time?

Dr. Desjardins: No. It is prohibited by law. The privilege of such a situation was lost in Quebec in 1970. It is absolutely illegal and does not exist.

The Chairman: Since there was no possibility of extra billing in the Province of Quebec since 1970, what kind of negotiations does your association have with the health department of the Government of Quebec in order to have reasonable compensation?

Dr. Desjardins: We do not have reasonable compensation. That is the reason why we are requesting to be heard on this issue by every possible competent-body in the federal government. Due to the fact that there is no reasonable compensation, the physicians in Quebec have been losing parity with the rest of Canada. When the system started in 1970, there was some sort of non-written agreement that Quebec physicians should be situated somewhere around 85 per cent of Ontario physicians. At the present time it is something like 65 to 68 per cent of Ontario physicians. The reason for this is that although we negotiate and have agreements with the government, there is no power anywhere to force the government to negotiate or to try to give a reasonable remuneration to physicians. As an example of this, our first agreement was on December 16, 1970 and the second one was on November 4, 1976. In the intervening years we had no clout to force government to sit down with us and say, "we are trying to negotiate and can we come to an agreement?" That is why we are interested particularly in clause 12(1)(c), and clause 12(2) in the revised edition of the bill.

The Chairman: As you know, the amendment in the other place in clause 12(2) talks about an arbitration board which does not appear to be compulsory under the government. As a medical man, you probably would like to have that more forcefully written and to have more of a guarantee of compulsory arbitration. Do you feel that clause 12(2) offers at least some support to strengthen your position in looking for reasonable compensation?

Dr. Desjardins: Clause 12(2), as it now stands, does help. What we are saying in our submission today is that there are two things that worry us. One of them is that in the introductory paragraph there is a choice offered, and we want to see that choice removed so that a province must enter into an agreement and does not have the choice of entering and concluding an agreement. I am sorry that I do not know the exact wording in English so I am giving you an approximation.

The Chairman: You are doing just fine.

Dr. Desjardins: The second thing that worries us is that if there is no agreement on the precedent in clause 12(2)(b), then we are at an impasse. Therefore, we are saying that we would like to be able to send the problem to the Chief Justice of the Superior Court of the province involved, saying that we do not agree on who this independent chairman should be and, therefore, we still hope that our chief justices are above the petty

[Traduction]

Le président: Merci, monsieur Desjardins. Je pourrais peut-être vous poser la première question. Pourriez-vous me dire s'il y a des omnipraticiens, des médecins ou des spécialistes qui surfacturent dans la province de Québec à l'heure actuelle?

Dr. Desjardins: Non. La loi l'interdit. Ce privilège a été supprimé au Québec en 1970. Cette pratique qui serait absolument illégale n'existe pas.

Le président: Puisqu'il n'est plus possible de pratiquer la surfacturation dans la province de Québec depuis 1970, quel genre de négociations y a-t-il entre votre Association et le ministère de la Santé du Québec en vue d'obtenir une rémunération raisonnable?

Dr. Desjardins: Nous n'avons pas de rémunération raisonnable. C'est pourquoi nous demandons à être entendus sur cette question devant toutes les instances fédérales que nous pouvons atteindre. Comme il n'y a pas de rémunération raisonnable, les médecins du Québec ont perdu la parité avec leurs confrères dans le reste du Canada. Lorsque le régime a pris effet en 1970, il y avait une entente tacite selon laquelle la rémunération des médecins du Québec devait correspondre à environ 85 p. 100 de celle des médecins de l'Ontario. À l'heure actuelle, cette proportion a baissé à 65 ou 68 p. 100. La raison en est que même si nous négocions et concluons des ententes avec le gouvernement, il n'y a aucune autorité qui force le gouvernement à négocier ou à essayer de nous donner une rémunération raisonnable. A titre d'exemple, notre premier accord a été signé le 16 décembre 1970 et le second, le 4 novembre 1976. Dans l'intervalle, nous n'avions aucun pouvoir de forcer le gouvernement à s'asseoir à la table des négociations avec nous en vue de trouver une entente possible. C'est pourquoi, nous nous intéressons tant à l'alinéa 12(1)c) et, maintenant, au texte révisé du paragraphe 12(2) du projet de loi.

Le président: Comme vous le savez, la modification apportée à l'autre endroit au paragraphe 12(2) prévoit un conseil arbitral dont la création ne semble pas obligatoire pour le gouvernement. A titre de médecin, vous souhaiteriez probablement que la disposition soit plus impérative de façon à garantir l'arbitrage obligatoire. Estimez-vous que ce paragraphe 12(2) pourrait éventuellement vous aider à obtenir une rémunération raisonnable?

Dr. Desjardins: Le paragraphe 12(2), dans sa forme actuelle, nous aide certainement. Dans notre mémoire d'aujourd'hui, nous disons essentiellement que deux points nous préoccupent. Le paragraphe d'introduction offre un choix que nous voulons éliminer pour que les provinces soient obligées de conclure un accord. Je regrette, je ne connais pas le libellé exact en anglais et je dois donc paraphraser.

Le président: Vous vous en tirez très bien.

Dr. Desjardins: Deuxièmement, nous craignons que le précédent créé par l'alinéa 12(2)b) ne fasse pas l'objet d'un accord et nous nous retrouvons alors dans une impasse. C'est pourquoi, nous voudrions soumettre le problème au juge en chef de la Cour supérieure de la province intéressée en disant que nous ne sommes pas d'accord quant au choix du président indépendant et que nous espérons donc que nos juges en chef

[Text]

politics that could go on within one province and will be able to assume the responsibility of naming someone who would be an independent president of such a conciliation committee.

Le sénateur Tremblay: Merci monsieur le président. Si je peux employer cette expression, je demanderais une première clarification. L'article 12(2) ne s'applique que dans le cas d'une province où la surfacturation est prohibée.

Dr Desjardins: Oui.

Le sénateur Tremblay: Nous savons que certaines provinces autorisent une telle chose. Le projet de loi vise à éliminer la surfacturation. Il emploie pour ce faire la technique des amendes. Si une province surfacture, le fédéral soustrait le montant correspondant de sa contribution financière. Mon problème est le suivant: si on pense aux montants en cause qui pourraient découler d'un arbitrage obligatoire, est-ce qu'une province n'aurait pas intérêt, en terme de déboursé dans son propre budget gouvernemental, à autoriser la surfacturation de façon à éviter l'application de l'article 12(2).

Dr Gagnon: C'est une bonne question. Pour y répondre en partie, nous pensons que la différence de revenu entre les médecins du Québec et la moyenne des médecins du Canada est énorme. Je ne suis pas un économiste, mais la surfacturation ne compte que pour un faible pourcentage. S'il existe une aussi grande différence aujourd'hui, ce n'est pas en raison de la surfacturation dans les autres provinces. La différence peut s'expliquer par le gel de nos salaires en 1979-1980, et nous n'avons pas eu de rattrapage. Aujourd'hui, nous nous retrouvons avec une différence d'à peu près \$40,000 par rapport à la moyenne de rémunération des médecins au Canada. Le Dr. Desjardins pourrait peut-être me corriger à ce sujet, il est peut-être plus économiste que moi, mais la surfacturation ne représente que trois ou quatre p. 100 de différence. Cela ne représente pas du tout le 40 p. 100 de différence dans l'écart. Pour répondre à la question que vous me posez, il me surprendrait énormément qu'au Québec, politiquement, cela soit bon pour eux de nous accorder le droit à la surfacturation. Il me surprendrait que le gouvernement change d'attitude à ce sujet.

Le sénateur Tremblay: Sur le plan de la cohérence interne dans le texte, même les montants que vous avez donnés comme \$40,000 de différence etc., il me semble que la façon d'éviter l'arbitrage obligatoire serait de surfacturer. Cela ne s'applique qu'à une province où la surfacturation n'existe pas.

Dr Desjardins: Oui.

Le sénateur Tremblay: Ma question est au fond la suivante: Pourquoi l'article 12(2) ne s'appliquerait-il pas à toutes les provinces? Autrement dit, pour être admissible à l'arbitrage obligatoire, une province doit se défendre de surfacturer, alors que la surfacturation n'affecte pas son budget. Cela ne touche que les consommateurs. De toute évidence, un arbitrage apportera en terme de rémunération—c'est du moins l'hypothèse que vous soumettez—des augmentations de rémunération significatives, de façon précisément à combler l'écart comme celui que vous évoquez. Il y a quelque chose qui me semble incohérent. Je ne sais pas au juste comment vous réagissez à

[Traduction]

ne se mêleront pas des tiraillements politiques qui existent à l'intérieur d'une province et pourront assumer la responsabilité de nommer le président indépendant d'un tel comité de conciliation.

Senator Tremblay: Thank you, Mr. Chairman. To begin with, I would like you to make one thing clear for me. Clause 12(2) applies only in the case of a province where extra-billing is prohibited. Is that right?

Dr. Desjardins: Yes, that's correct.

Senator Tremblay: We know that some provinces permit extra-billing. The aim of the proposed legislation is to eliminate this practice through the imposition of fines. If a province extra-bills a patient, the federal government subtracts an equivalent amount from the overall funding awarded to that province. My problem is this: if we consider the amounts that the province might be required to pay as a result of binding arbitration, wouldn't it be in the best interest of that province, rather than to have to dip into its own budget, to permit extra-billing so as to avoid having to comply with clause 12(2)?

Dr. Gagnon: That's a good question. To answer part of it, I would say that we feel that the income difference between Quebec doctors and the average doctor in Canada is enormous. I am not an economist, but I know that extra-billing accounts for only a very small percentage of a physician's income. If there is a significant income gap today, it is not due to extra-billing practices in the other provinces. The reason for the difference is that our salaries were frozen in 1979-80 and we have not yet caught up with physicians in other provinces. Today, we find that on average, we earn \$40,000 less than other physicians in Canada. Dr. Desjardins could perhaps correct me on this, since he is somewhat more of an economist than me, but extra-billing accounts for only three or four per cent of the income gap. By no means does it account for the 40 per cent gap in remuneration levels. Therefore, to answer your question, I would be very surprised indeed if the Quebec government found it politically expedient to permit doctors to extra-bill. I would be surprised if the government modified its stand on this issue.

Senator Tremblay: In terms of internal coherence, even considering the \$40,000 income gap you mentioned, it seems to me that the way to avoid binding arbitration would be to allow extra-billing. Binding arbitration applies only to a province where extra-billing is not permitted.

Dr. Desjardins: That's correct.

Senator Tremblay: Basically, what I want to know is why shouldn't clause 12(2) apply to all provinces? In other words, in order to be entitled to binding arbitration, a province must prohibit extra-billing, whereas the fact is that extra-billing does not affect its budget. It only affects consumers. Your theory appears to be that arbitration will result in significant increases in salaries and a narrowing of the income gap of which you spoke earlier. Something seems rather inconsistent to me. I am not sure what your reaction to all this is. You say that for political reasons, extra-billing would not be possible in Quebec.

[Text]

tout cela. Vous me répondez que la surfacturation ne serait pas possible au niveau politique au Québec.

Dr Desjardins: Il y a un élément incitatif à conclure une entente. La façon de se sortir de ce dilemme, soit pour le ministère des Affaires sociales, soit pour les organismes représentatifs des groupes professionnels de la santé, c'est d'en arriver à conclure une entente. C'est la façon idéale. S'il n'est pas possible de le faire, il y a possibilité d'en arriver à une conciliation. Finalement, si cela ne fonctionne pas non plus, il est possible de recourir à l'arbitrage obligatoire. Remarquez que cela fait quelques années que l'idée est lancée par le juge Hall dans plusieurs rapports qu'il a soumis. C'est un concept que sur le plan théorique, les gouvernements provinciaux ont tenté de rejeter. Le nôtre, entre autres, considère qu'il ne peut pas laisser un tiers décider de la dépense des argents publics. Cela pourrait être une façon de dénouer des impasses. Cela s'accompagne d'un climat social actuel canadien concernant la demande d'une rémunération raisonnable pour les médecins. Cela s'accompagne également de la difficulté, voire même de l'impossibilité de dire: les médecins feront la grève sans services essentiels. A ce moment, nous avons un mécanisme qui prévoit qu'il n'y aurait pas de telles impasses. Tant du point de vue d'un choix de société que du point de vue de la rémunération des professionnels de la santé, nous arrivons à quelque chose qui est très positif. Les deux commentaires que nous soumettons ce matin visent, à notre point de vue à ce qu'il n'y ait pas de trous dans le système, soit éliminer le choix pour que l'on se fasse dire que quant à nous c'est non; ou encore, la nomination du président, lorsqu'il y aura une impasse au sujet du choix d'un président indépendant et autonome.

Le sénateur Tremblay: Qui aurait effectivement le pouvoir de déterminer le niveau de la taxation générale dans la province? Il n'y a pas d'autres sources de revenu si le consommateur ne paye pas. Il ne reste que l'imposition d'une taxe générale, soit l'impôt sur les particuliers ou toute autre taxe. Évidemment, vous y avez fait allusion, cela soulève un débat de fond considérable dans une démocratie parlementaire. C'est pour cette raison que le paragraphe 12(2)c) est inscrit et que la législature peut modifier la décision de l'arbitre.

Dr Desjardins: Vous savez, monsieur le sénateur, les lois spéciales au Québec, nous en avons pas mal soupé.

Le sénateur Tremblay: C'est la question complémentaire que j'allais poser. Dans ce système est inscrit presque inévitablement un recours systématique, à toutes fins utiles, aux lois spéciales en vertu du paragraphe 12(2)c). Je pense que nous comprenons le texte de la même manière.

J'en viens donc à une deuxième question. Un des objectifs implicites à certaines de vos remarques, c'est de parvenir à des rémunérations à peu près comparables, d'une province à l'autre, pour les médecins notamment. Or, le système prévu à 12(2) maintient à l'intérieur de chaque province le mécanisme et donc les résultats. Il n'y a aucune assurance que les inégalités interprovinciales dans la rémunération des médecins vont disparaître avec ce mécanisme, à moins que les arbitres, les personnages neutres, d'une province à l'autre, ne s'entendent

[Traduction]

Dr. Desjardins: There is one element that could be an incentive to reach an agreement. The way out of this dilemma, either for the Department of Social Affairs or for the organizations representing professional health care groups, is to work out an agreement. That would be the perfect solution. If this proves to be impossible, then the next step is to resort to conciliation. Finally, if this too fails, the next possible recourse is binding arbitration. You will note that this idea was first mentioned a number of years ago by Judge Hall in several reports. It's a concept that from a theoretical standpoint, the provincial governments have tried to reject. Our government for one believes that it cannot let one third of the people decide how public funds are to be spent. This could be one way of breaking the deadlock. Canadian society today is aware of the importance of guaranteeing reasonable compensation for doctors. At the same time, it is impossible for us to say that doctors will go out on strike and will refuse to provide essential services. At present, we have a mechanism which prevents such impasses from occurring. We are getting at something very positive, both in terms of allowing society to have a choice and in terms of the remuneration of health care professionals. The comments we have made here this morning are aimed at ensuring that there are no loopholes. We want to see the choice removed so that a province cannot say no to an agreement. The other matter involves the appointment of a chairman, that is in the event of an impasse over the selection of an independent, autonomous chairman.

Senator Tremblay: Who, in effect, would have the power to determine the general level of taxation in the province? If the consumer does not pay, there are no other sources of revenue. All that remains is the levying of a general tax and the taxation of individuals. Of course, and you've alluded to this, this provokes considerable debate in a parliamentary democracy. That's why clause 12(2)c) is there and why the legislature can alter the arbitrator's decision.

Dr. Desjardins: You know, Senator, in Quebec we've had a bellyfull of special legislation.

Senator Tremblay: It's the complementary question I was going to put. This system will almost inevitably mean a systematic recourse, for all practical purposes, to special legislation under the provisions of clause 12(2)c). I think we understand the text in the same way.

So here is my second question. One of the objectives implicit in your remarks is arriving at more or less comparable compensation, for doctors especially, from one province to the next. But the system provided under clause 12(2)c) retains a provincial mechanism whose results would be felt within each province. There is no assurance that interprovincial disparities in compensation for doctors will disappear with this mechanism, unless the arbitrators, the neutral parties, from all the provinces get together and agree on the same decisions. The Bill doesn't guarantee it at all. I don't see how the fundamental goal can be achieved with the mechanism that is there.

[Text]

pour rendre les mêmes décisions. La loi ne le garantit absolument pas. Je ne vois pas comment l'objectif fondamentalement visé peut-être atteint avec le mécanisme qui est là.

Dr Gagnon: Monsieur le sénateur, quand vous avez parlé tantôt d'augmenter les taxes, il faut se demander où va l'argent. Il doit exister des priorités à un moment donné. Cela serait peut-être une façon de connaître où va l'argent du fédéral quand elle est envoyée aux provinces, surtout au Québec. Si nous n'avons pas une certaine équité entre les rémunérations des médecins au Canada—nous sommes quand même à l'intérieur du même pays—il y a des dangers que des médecins peuvent quitter facilement le Québec. Je suis à la Fédération depuis deux ou trois mois. Auparavant, j'étais, à Rimouski, président de l'Association du bas St-Laurent, qui est une région donnée. Quand nous descendons vers nos régions, tous les Québécois savent que le Nouveau-Brunswick est très près. Il est facile pour un médecin du Québec d'aller pratiquer au Nouveau-Brunswick. Il n'y a même pas de faculté de médecine au Nouveau-Brunswick. C'est nous qui desservons le Nouveau-Brunswick avec l'aide de nos confrères de Halifax. Dans la région, tout le monde sait qu'Ottawa est proche de Hull. Nous subissons une surtaxation au Québec en plus. Pour les médecins, tout ceci n'est pas tellement incitatif à ce que nous demeurions au Québec. Je pense qu'il faut rechercher des moyens pour trouver une certaine équité. S'il y avait des écarts de rémunération aussi grands dans toutes les professions, je pense qu'il serait très difficile de garder nos professionnels au Québec. Je ne pense pas que l'écart soit aussi grand entre les autres professions comme les policiers, les professeurs, etc. Je pense que nous sommes la seule profession à subir un écart aussi grand. Je ne sais pas si vous pouvez nous proposer de meilleures solutions. Je ne sais pas quelle peut être la définition du mot «revenu raisonnable» mais quant à nous, il est déraisonnable d'avoir un aussi grand écart,—nous parlons de \$30,000 par année de différence. Je ne sais pas quelle est la définition véritable de rémunération raisonnable. Des écarts aussi grands sont déraisonnables, quant à nous.

Le sénateur Tremblay: Une dernière question, monsieur le président. Je comprends parfaitement les objectifs visés. Je suis bien d'accord que la définition de «raisonnable» prête à interprétation; effectivement, si cela donne lieu à des écarts comme ceux que vous mentionnez, il y a là un véritable problème, précisément sur ce point, et sur plusieurs autres dans le projet de loi, au fur et à mesure que l'on progresse dans l'analyse de divers ordres. Je pense que c'est dans cette perspective que le président de notre comité, hier, a fait allusion à la possibilité d'une étude plus poussée. La question a été posée aux ministres de la Santé, hier, et leur réaction a semblé positive, que l'on aurait peut-être besoin d'une année pour aller plus loin dans l'approfondissement des questions de façon à bonifier le projet de loi pour atteindre précisément les objectifs visés. Comment réagissez-vous à l'idée que le projet de loi demeure ce qu'il est, pour faire une étude plus approfondie, et qu'il n'entre en vigueur que dans un an, par exemple, sans doute modifié pour être plus adapté à la solution des problèmes? Cette proposition a été mise sur la table hier, et je serais intéressé à recevoir votre réaction.

[Traduction]

Dr. Gagnon: Senator, when you spoke earlier of increasing taxes, one has to ask where the money would be going. Priorities have to be set at some point. This would perhaps be a means of finding out where federal money goes when it gets sent to the provinces, especially Quebec. If we don't have a certain equitability of compensation for doctors in Canada—and after all, we're all in the same country—there is a danger that doctors could easily start leaving Quebec. I've been with the Federation for two or three months. Formerly I was president of the lower St Lawrence association, which is an outlying regional—I was in Rimouski. When we get out into our regions, all Quebecers know that New Brunswick is very close. It's easy for a doctor from Quebec to go and practise in New Brunswick. There isn't even a faculty of medicine in New Brunswick, it's served by Quebec, with the help of our counterparts in Halifax. In this region, everyone knows that Ottawa is close to Hull. And we pay additional taxes in Quebec, on top of it all. For doctors this isn't so enticing that we're going to stay in Quebec. I think means have to be found to create a certain equitability. If there were disparities of income as wide as this in all the professions, I think it would be very difficult to keep our professionals in Quebec. I don't believe the disparity is as wide in other professions, the police, teaching, etc. I think we're the only profession that has such disparities. I don't know if you can suggest better solutions. I don't know what the definition is of the phrase "reasonable compensation", but our view is that it's not reasonable to have such a wide gap—we're talking about a difference of \$30,000 a year. I don't know the true definition of reasonable compensation. But we think disparities of this size are not reasonable.

Senator Tremblay: One last question, Mr. Chairman. I understand the objectives perfectly. I fully agree that the definition of "reasonable" is open to interpretation, and in fact if it gives rise to disparities like the ones you have mentioned, there's a real problem on this very point, and on a number of others in the Bill, as we go through our analysis of the various orders. I think it was in this perspective that the Chairman of our Committee alluded yesterday to the possibility of a more in-depth study. The question was put to the Ministers of Health yesterday, and their reaction appeared to be positive, that we perhaps needed a year to go more deeply into the issues in order to improve the Bill so that it would meet the desired objectives. How would you react to the idea that the Bill stay as it is, to be considered in greater depth and not to come into force until a year from now, say, probably amended to be better adapted to solving the problems. This idea was put forward yesterday and I would be interested in your reaction to it.

[Text]

Le sénateur Hébert: J'invoque le règlement, monsieur le président, si je puis intervenir à ce point-ci, parce que le sénateur vient de dire: «a fait une proposition». Mais, la proposition qui est devant le comité n'était pas tout à fait de retarder la loi d'un an. C'est ça qu'il faut corriger.

Le sénateur Tremblay: Non, ce que j'ai dit, c'est que le président du comité a fait allusion à la possibilité d'une période d'étude.

Le sénateur Hébert: Oui, c'est ce qui pourrait se produire.

Le sénateur Tremblay: Ce qui a ensuite amené l'hypothèse, mais je ne l'ai pas attribuée au président, que le projet de loi puisse être retardé d'un an. C'est la question qui a été posée aux ministres de la Santé. Elle a été posée par des membres du comité, en tout cas.

Le sénateur Hébert: Oui, d'accord.

Le sénateur Tremblay: Je n'ai pas attribué cela au président. J'ai fait les nuances, et je pose la question à nos témoins d'aujourd'hui afin d'avoir leur réaction.

Dr Desjardins: Je vais vous dire tout de suite que nous, en tant que médecins québécois, attendons depuis 14 ans. Si vous nous dites qu'il faut attendre un an de plus, on va peut-être dire «cela fera juste 15 ans». Et, c'est depuis 1970 que nous avons un système dans lequel la rémunération est de moins en moins raisonnable. On aimerait cela voir un texte de loi qui nous permette de nous appuyer sur quelque chose qui n'est peut-être pas très fort, mais au moins quelque chose pour pouvoir dire: «Il s'est passé 14 ans; on fait le point», puis on a un élément législatif pour dire que vous voulez organiser le système pour une rémunération raisonnable, en autant que nous sommes concernés.

Par ailleurs, le point que vous soulevez, nous l'avons mentionné dans notre mémoire, lorsque nous l'avons présenté devant le comité de la Chambre, à l'effet que le vrai problème, c'est un problème de sous-financement.

Deuxièmement, au Québec, le sous-financement, on n'y comprend absolument rien, parce que les argents que le fédéral fournit au provincial, ça tombe, non pas dans une caisse dévolue à la santé, mais dans le fonds général de la province, et ça peut aussi bien servir à paver des routes en campagne électorale, que ça peut servir à l'indexation, à la communication, aux satellites, ou à la télévision.

Troisièmement, lorsque la province négocie avec le fédéral des points d'impôt en échange d'autres choses, on n'est pas capable de savoir ce que ça représente en terme de dollars, des points d'impôt négociés.

Quatrièmement, nous avions, à venir jusqu'à 1979,—vous m'excuserez si je me trompe d'une année,—à la Régie de l'assurance-maladie du Québec une somme d'argent qui entrait là et qui faisait un positif, une somme d'argent qui sortait de là, et qui faisait un négatif. Le gouvernement du Québec a aboli cette caisse à l'intérieur de la Régie de l'assurance-maladie, et c'est le fonds consolidé de la province qui paie les dépenses de la Régie de l'assurance-maladie, et qui lui envoie de l'argent à tous les 15 jours, de telle sorte qu'on n'y comprend absolument rien dans cette question de financement. La réalité que l'on constate, c'est qu'il y a un sous-financement, et

[Traduction]

Senator Hébert: Point of order, Mr. Chairman, if I may interrupt here, because the Senator has just said "a proposal was made". But the proposal that is before the Committee wasn't to delay the Bill for a year. That should be corrected.

Senator Tremblay: No, what I said was that the Chairman of the Committee had alluded to the possibility of a period for further consideration.

Senator Hébert: Yes, that's what might happen.

Senator Tremblay: And this led to the hypothesis, but I did not attribute it to the Chairman, of the Bill's being delayed for a year. That was the question that was put to the Ministers of Health. It was put by members of the Committee, at any rate.

Senator Hébert: Yes, all right.

Senator Tremblay: I didn't attribute that to the Chairman. I made a distinction, and I put the question to our witnesses today to get their reaction.

Dr. Desjardins: I'll tell you right off the bat that we as doctors in the province of Quebec have been waiting 14 years. If you tell us we have to wait another year, the response might be, "That'll make 15." And since 1970 we have had a system under which compensation is less reasonable. We would like to have a piece of legislation that gives us some support, perhaps not very sturdy support, but at least something, so that we could say, "Fourteen years have gone by and finally we've got somewhere, we have some legislation to say, Please organize the system so we get reasonable compensation."

In addition, the point you raise, we raised also in our brief to the Commons committee: the real problem is one of under-funding.

Second, we in Quebec have no idea what's going on with under-funding because the money Ottawa supplies doesn't go into a fund set aside for health but into the province's general revenue fund, and it can be used just as easily for paving the roads during an election campaign, for road signs, for communications or satellites or television.

Third, when the province negotiates with Ottawa, tax points in exchange for something else, we have no way of knowing what that means in dollars, the tax points negotiated.

Fourth, up til 1979—you'll have to excuse me if I'm out by a year—the Régie de l'assurance-maladie du Québec *Quebec's health-insurance plan* had a sum of money that came in and was a credit and went out and was a debit. The Quebec government abolished this fund of the Régie's and since then it's the province's consolidated revenue fund that pays for the Régie's expenditures and sends it money every two weeks, so that we can't begin to figure out what's going on with the financing. The reality we can observe is that there is under-funding, and when we say that there's a law in Quebec that

[Text]

quand on dit au Québec qu'il y a une loi qui interdit aux médecins de faire de la surfacturation, on parle peut-être d'une façon égoïste, mais, si vous voulez que l'on élargisse le débat et que l'on discute avec vous de l'utilisation des tickets modérateurs auprès de la population, je suis, à ce moment-là, d'accord avec vous d'étudier le sous-financement dans l'avenir, sous cet angle-là; la fermeture des lits dans les hôpitaux; le fait d'utiliser des lits de soins aigus pour déposer des chroniques, parce que nous n'avons pas de place pour déposer nos chroniques ailleurs, dont le taux est fixé à 10 p. 100, alors que, dans la réalité c'est 20, c'est 30, et ça peut même aller à 40 p. 100; le fait de fermer des blocs opératoires durant la période des vacances, parce que les infirmières prennent leur vacances, en disant ensuite qu'on ne peut pas faire fonctionner le bloc opératoire; le fait de fermer le centre hospitalier quasiment au complet, parce qu'on dit qu'il faut arriver dans le budget que le gouvernement nous impose; donc, on ferme pour deux semaines, on va ainsi économiser de l'argent, puis on va arriver à l'intérieur de notre budget pour l'année en cours.

Que cela s'appelle des tickets modérateurs, on n'a pas le droit de dire cela, parce que c'est un mot banni du vocabulaire. Mais, comment appelle-t-on cela quand on parle d'accessibilité auprès de la population, des soins médicaux, des soins chirurgicaux disponibles.

Je suis d'accord que le sous-financement, c'est le vrai problème, que le projet de loi ne s'est pas attaqué d'une façon claire au sous-financement, et ne le règle pas.

Par ailleurs, si on limite la discussion à l'article 12, je ne vois pas pourquoi le projet de loi serait retardé uniquement à cause de la rémunération raisonnable qui est là. Deuxièmement, les mécanismes de rapport de force ayant aboli dans d'autres provinces, ou pour l'ensemble du Canada, la surfacturation de la part des médecins, le rapport entre les médecins et l'État est protégé par l'article 12(2). Il y a de bonnes raisons de dire qu'il faut étudier cela. Mais, que vous fassiez une recommandation, ou que vous acceptiez une recommandation à l'effet de pousser plus loin ce qui devrait soutenir la loi de la santé canadienne, je me rallie à vous là-dessus. Je l'ai déjà écrit dans le mémoire que nous avons déposé. J'en ai apporté des copies avec moi et si c'est nécessaire, je pourrais vous en remettre.

Le sénateur Tremblay: Monsieur le président, simplement une petite nuance. J'ai posé des questions sur 12(2), parce que c'est 12(2) que mentionne votre mémoire.

Dr Desjardins: C'est ça.

Le sénateur Tremblay: J'ai souligné, au passage, que l'ensemble du projet de loi comporte aussi d'autres lacunes, et que, dans la perspective plus globale, au delà de 12(2), pour toucher les autres points, la question de l'approfondissement se pose. Je vous ai posé la question de savoir si, tenant compte de tout cela vous seriez absolument réfractaire à l'idée que le projet de loi n'entre en vigueur que dans un certain délai, lui-même raisonnable—si vous me permettez d'employer l'une de vos expressions—pour permettre l'approfondissement requis. C'était le sens de ma question.

Dr Gagnon: Je pourrais peut-être ajouter un petit mot à ce que le Dr Desjardins a dit. Je suis complètement d'accord avec ce qu'il a dit, mais, disons que ce que vous nous demandez c'est

[Traduction]

forbids doctors to extra-bill, we're perhaps talking egotistically, but if you want to enlarge the debate and have us discuss general user fees with you, then at that point I agree with you on studying under-funding in the future, from that angle: the loss of hospital beds; the fact that acute-care beds are being used for chronic-care patients, because we have nowhere to put our chronic-care patients, who officially make up 10 per cent of the total but in fact are 20, 30, even 40 per cent; the fact that surgical wards have to be closed during vacation periods because the nurses are on holiday and we can't keep the surgical ward running; the fact that hospitals are closed virtually from top to bottom because they say we have to manage within the budget the government gives us, so fine, we'll close for two weeks and that'll save money and we'll be within the budget for the current year.

To me, we're talking about user fees. We don't have the right to say so, because the word has been banished from our vocabularies, but what else are you going to call it, when you're talking about people's access to medical care and available surgical care?

All that to say Yes, I agree that under-funding is the real problem, which the Bill has not attacked clearly and doesn't settle.

In addition, if discussion is limited to clause 12, I don't see why the Bill should be delayed solely because of the "reasonable compensation" which is in there, and second, stiff measures having abolished extra-billing by doctors in the other provinces, or throughout Canada, the relationship between doctors and the State is protected by clause 12(2)c), so there are good reasons for saying that part should be studied. But anyway, whether you make or accept a recommendation to the effect that what underlies the Canada Health Act should go further, I'm with you on that one. I've already said so in the brief we tabled. I brought copies with me in case they were needed, I could distribute them.

Senator Tremblay: Mr. Chairman, simply a clarification. I asked about clause 12(2) because 12(2) is the one your brief...

Dr. Desjardins: That's right.

Senator Tremblay: I pointed out that the Bill as a whole also has other shortcomings and that in a larger perspective, apart from 12(2), to deal with the other issues, the question of a more in-depth consideration comes up. I asked you if, in the face of all that, you would be dead against the idea of the Bill's not coming into force until after a certain time, in itself reasonable—to use one of your own expressions—in order to make possible the more thorough consideration needed. That was the drift of my question.

Dr. Gagnon: I might perhaps add a word to what Dr. Desjardins has said. I am in complete agreement with what he said, but let's say that what you are asking us is that, as far as

[Text]

que, pour ce qui nous touche en particulier, comme vous dites, là, c'est difficile d'être contre la vertu, si c'est pour bonifier; c'est difficile, quand ça bonifie réellement, de dire que l'on est contre l'amélioration d'un projet de loi. Mais, peut-être qu'attendre un an, c'est un peu loin, c'est un peu long pour nous aussi. Dans notre cas particulier, peut-être qu'il y a d'autres trous dans la loi, comme vous le dites, mais, à ce moment-là, on est difficilement réfractaire à améliorer quelque chose. Maintenant, je pense que ça fait assez longtemps qu'on l'étudie, on ne veut pas que ça prenne peut-être encore une autre année avant de le mettre en application. Dans notre cas à nous, on n'en voit pas l'intérêt.

The Chairman: Honourable senators, I should first like to correct an impression that might have been given to the representatives from Quebec or to honourable senators. I did not suggest the delaying of the bill. The suggestion came from Senator Phillips that the bill might be put off for a year. Let me further say that my question to the provincial ministers was: What would they think of the possibility that, after the bill had passed both the House of Commons and the Senate and became law, a committee be set up to look at the total health package? Such a committee would consider not just medicare, but hospitalization, psychiatric care, tuberculosis care, ambulance fees and other things that might go into the package.

Again I say that the suggestion of postponement of the bill came from Senator Phillips and not from myself. Whether a committee will be set up will have to be decided by the Government of Canada. What we recommend from this committee will be something altogether different. I have no idea what the members of this committee might recommend. I just threw out a suggestion to the ministers to see how they would respond and whether they would co-operate. The impression I got from them was that most would co-operate with such a committee after the bill was passed to see if further bills could be passed down the road that would be more comprehensive, in terms of health care.

Having got that straight on the record, I have one question I should like to ask before the witnesses leave. They have spoken about under-funding. We hear that word all the time, "under-funding." However, the Minister of National Health and Welfare seemed to think that that was not a major problem.

When the funds from Ottawa are given to the province under the present system of block funding, is there any guarantee from the medical people, the hospital people or the provinces that that money is, indeed, going towards hospitalization or medicare, or could the provinces use some of that block funding, or some of those tax points, for roads or other things at their discretion? Would you say that, really, the underfunding is controlled more by the provinces than by the federal government?

Dr. Gagnon: I do not want to answer that second question, because I feel that I am a little mouse in between two elephants. What I will answer is the first part of your question

[Traduction]

we're concerned in particular, we don't see, as you say, it's a motherhood issue, one can't be against improvements, it's hard when it's a real improvement to say one's against improving a bill. But a year, that's a bit far off, a little long for us as well. In our case in particular, perhaps there are other omissions in the Bill, as you say, but right now, at this time, it's hard for us to be against improving something. It seems to me now that enough time has been spent studying the Bill, we don't want it to take maybe another year before it comes into force. In our own case, anyway, we don't see any advantage to this.

Le président: Honorables sénateurs, je voudrais d'abord corriger une impression qu'ont pu avoir les représentants du Québec et les honorables sénateurs. Je n'ai pas proposé de retarder l'adoption du projet de loi. Le sénateur Phillips a proposé d'y surseoir pendant un an. Permettez-moi d'ajouter que la question que j'adressais aux ministres provinciaux était la suivante: Que pensent-ils de la possibilité de créer un comité qui serait chargé d'examiner le domaine de la santé dans son ensemble après l'adoption du projet de loi par la Chambre des communes et le Sénat et après son entrée en vigueur? Ce comité examinerait non seulement l'assurance-maladie mais aussi l'hospitalisation, les soins psychiatriques, les soins aux tuberculeux, les frais d'ambulance, etc.

Je répète que c'est le sénateur Phillips, et non moi-même, qui a proposé le report du projet de loi. C'est au gouvernement du Canada qu'il appartiendra de décider si un comité doit ou non être créé. Le présent comité recommandera tout autre chose. J'ignore quoi, mais j'ai soumis une idée aux ministres pour savoir comment ils réagiraient et s'ils seraient disposés à collaborer. Il m'a semblé qu'ils seraient prêts à collaborer avec un tel comité après l'adoption du projet de loi afin de déterminer si d'autres projets de loi de portée plus générale pourraient être adoptés à l'avenir en ce qui concerne les soins de santé.

Cette précision étant faite, j'aimerais poser une dernière question avant le départ des témoins. Ils ont parlé de sous-financement. On entend constamment parler de «sous-financement». Toutefois, le ministre de la Santé nationale et du Bien-être social ne semble pas croire que c'est là un problème majeur.

Lorsque les fonds fédéraux sont donnés aux provinces en vertu du système actuel de financement global, les professionnels de la santé, les administrateurs des hôpitaux et les provinces s'engagent-ils à consacrer ces sommes à l'hospitalisation ou à l'assurance-maladie ou bien les provinces pourraient-elles utiliser une partie de ce financement global, ou une partie des points d'impôt, pour la construction de routes ou autre chose, à leur discrétion? Diriez-vous que dans les faits le sous-financement dépend davantage des provinces que du gouvernement fédéral?

Dr Gagnon: Je ne veux pas répondre à cette deuxième question parce que je me sens comme une petite souris coincée entre deux éléphants. Je vais répondre à la première partie de

[Text]

and the answer is: No, we do not know how the financing comes about.

When the medicare system started in Quebec, everyone in the province was paying 0.8 per cent from their annual income. That money was within the Régie de l'assurance-maladie to finance the remuneration of the five types of health professionals. That has been abolished. There is no more income into the Régie de l'assurance-maladie; it comes directly every second week via Le Fonds consolidé de la province.

Secondly, we do not know what amount of money is allocated via the provincial government. No doubt we could furnish an opinion, if it was necessary, but we do not know for sure. The third point is that the block transfer from the federal government is a certain amount of dollars, and I do not have access to that information. I have written to the Minister of Social Affairs; I have written to the Treasury Board; I have written to the Prime Minister. Nevertheless, I still do not have an answer as to what is the amount of dollars that is transferred to Quebec.

Another point which is even more delicate is that when there is an income tax point transfer, I am not sure who understands what that means but there is a certain amount of leeway in the transfer of money and we do not know what that exact figure is. The fact is that all this money is in Le Fonds consolidé de la province, and we do not know how it is being spent.

Senator Tremblay: May I comment on that, Mr. Chairman?

The Chairman: Yes.

Senator Tremblay: I think you will be happy with the bill in that respect. I would refer you to clause 25.

Dr. Gagnon: It tags the money—

Senator Tremblay: No, clause 25 makes sure that there will no longer be block funding. Block funding was established a few years ago and it put both post-secondary education and health together. Now, in this bill, they are divided and the bill is, therefore, answering your questions.

Dr. Gagnon: For health and education?

Senator Tremblay: Yes. Look at clause 25. It says:

25. Paragraphs 17(2)(a) to (c) of the *Federal-Provincial Fiscal Arrangements and Established Programs Financing Act, 1977* are repealed and the following substituted therefor:

“(a) the post-secondary education financing program; and

(b) the insured health services program . . .”

They were together before, and now they are divided.

Dr. Gagnon: That is right.

The Chairman: Thank you, Senator Tremblay, for pointing that out. Thank you, Dr. Desjardins and Dr. Gagnon for your intervention. We realize that the circumstances in Quebec are

[Traduction]

votre question comme suit: Non, nous ne savons pas comment fonctionne le système de financement.

Quand le régime d'assurance-maladie a été mis sur pied au Québec, tous les habitants de la province payaient 0,8 p. 100 de leurs revenus annuels. Cet argent était versé à la Régie de l'assurance-maladie et servait à financer la rémunération de cinq catégories de professionnels de la santé. Ce système a été aboli. Maintenant, aucune somme n'est versée à la Régie de l'assurance-maladie; l'argent vient directement toutes les deux semaines du Fonds consolidé de la province.

Deuxièmement, nous ne savons pas quelle somme est attribuée par le gouvernement provincial. Nous pourrions sans doute vous donner une opinion, au besoin, mais nous ne le savons pas avec certitude. Troisièmement, le transfert global effectué par le gouvernement fédéral correspond à un certain montant et je n'ai pas accès à ce genre de renseignements. J'ai écrit au ministre des Affaires sociales, au Conseil du Trésor et au Premier ministre. Néanmoins, je ne sais toujours pas quel montant est transféré au Québec.

Un autre point encore plus délicat est celui du transfert des points d'impôt et je ne sais pas si quelqu'un comprend ce système, mais il comporte une certaine marge de manœuvre en ce qui concerne le transfert des sommes et nous ne connaissons pas le chiffre exact. Le fait est que toutes ces sommes sont versées au Fonds consolidé de la province et nous ne savons pas comment elles sont dépensées.

Le sénateur Tremblay: Puis-je faire un commentaire, monsieur le président?

Le président: Oui.

Le sénateur Tremblay: Je crois que vous apprécieriez à cet égard un des articles du projet de loi, à savoir l'article 25.

Dr Gagnon: Il répartit l'argent . . .

Le sénateur Tremblay: Non; l'article 25 fait en sorte qu'il n'y aura plus à l'avenir de financement global. Ce système a été mis en place il y a quelques années et regroupe l'enseignement postsecondaire et la santé. Maintenant, ces deux éléments sont divisés et le projet de loi devrait donc dissiper certaines de vos inquiétudes.

Dr Gagnon: En ce qui concerne la santé et l'enseignement?

Le sénateur Tremblay: Oui. Voyons l'article 25. Il dit:

25. Les alinéas 17(2)a) à c) de la *Loi de 1977 sur les accords fiscaux entre le gouvernement fédéral et les provinces et sur le financement des programmes établis* sont abrogés et remplacés par ce qui suit:

«a) le programme de financement de l'enseignement postsecondaire; et

b) le programme de services de santé . . .»

Ces deux programmes étaient regroupés et seront maintenant distincts.

Dr Gagnon: C'est exact.

Le président: Merci, sénateur Tremblay, de nous avoir signalé cela. Merci, messieurs Desjardins et Gagnon de votre

[Text]

somewhat different from the other provinces in that extra billing is already banned there, so that you do have a peculiar situation in your province.

Dr. Gagnon: Yes, we do.

The Chairman: Thank you very much for coming.

I would ask honourable senators to remain in order to discuss the further business of the committee and, with that in mind, perhaps we could have a motion to have an *in camera* session of the committee.

Senator Côtteau: I so move, Mr. Chairman.

The committee continued *in camera*.

[Traduction]

intervention. Nous savons bien que les circonstances au Québec diffèrent de celles des autres provinces en ce sens que la surfacturation y est déjà interdite.

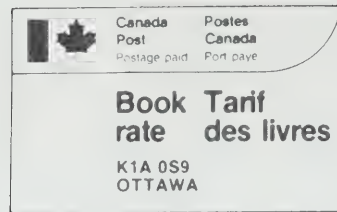
Dr Gagnon: En effet.

Le président: Merci d'être venus témoigner.

Je demanderais aux honorables sénateurs de bien vouloir rester dans la salle pour discuter des travaux futurs du Comité et j'invite donc un sénateur à proposer que le Comité se réunisse maintenant à huis clos.

Le sénateur Côtteau: Je le propose, monsieur le président.

Le Comité poursuit ses travaux à huis clos.



If undelivered, return COVER ONLY to:
Canadian Government Publishing Centre,
Supply and Services Canada,
Ottawa, Canada, K1A 0S9

En cas de non-livraison,
retourner cette COUVERTURE SEULEMENT à:
Centre d'édition du gouvernement du Canada,
Approvisionnement et Services Canada,
Ottawa, Canada, K1A 0S9

WITNESSES—TÉMOINS

From the Canadian Health Coalition:

Mr. Guy Adam, Chairperson;
Ms. Mary Hegan, M.S.W., Vice-Chairperson;
Ms. Margaret Vowles, Director.

From the Manitoba Medical Association:

Dr. Neil Heywood, Past president;
Mr. John Laplume, Executive Director.

From the Federation of Medical Specialists of Québec and the Federation of General Practitioners of Québec:

Dr. George Henri Gagnon, Director, Professional Affairs,
Federation of General Practitioners of Québec;
Dr. Paul Desjardins, President, Federation of Medical Specialists of Québec.

De la Coalition canadienne de la santé:

M. Guy Adam, président;
Mme Mary Hegan, vice-présidente;
M^{me} Margaret Vowles, directrice.

De l'Association médicale du Manitoba:

D^r Neil Heywood, ancien président;
M. John Laplume, directeur exécutif.

De la Fédération des médecins spécialistes du Québec et de la Fédération des omnipraticiens du Québec:

D^r George Henri Gagnon, directeur, affaires professionnelles, Fédération des omnipraticiens du Québec;
D^r Paul Desjardins, président, Fédération des médecins spécialistes du Québec.

1
26
51



Second Session
Thirty-second Parliament, 1983-84

Deuxième session de la
trente-deuxième législature, 1983-1984

SENATE OF CANADA

SÉNAT DU CANADA

*Proceedings of the Standing
Senate Committee on*

*Délibérations du comité
sénatorial permanent des*

Social Affairs, Science and Technology

Affaires sociales, des sciences et de la technologie

Chairman:
The Honourable M. LORNE BONNELL

Président:
L'honorable M. LORNE BONNELL

Tuesday, April 10, 1984

Le mardi 10 avril 1984

Issue No. 7

Fascicule n° 7

Seventh and final proceedings on:

Septième et dernier fascicule concernant:

The subject-matter of Bill C-3: "An Act relating to cash contributions by Canada in respect of insured health services provided under provincial health care insurance plans and amounts payable by Canada in respect of extended health care services and to amend and repeal certain Acts in consequence thereof"

La teneur du Projet de loi C-3: «Loi concernant les contributions pécuniaires du Canada aux services de santé assurés pris en charge par les régimes provinciaux d'assurance-santé et les montants payables par le Canada pour les programmes de services complémentaires de santé, et modifiant certaines lois en conséquence»

REPORT OF THE COMMITTEE

RAPPORT DU COMITÉ

WITNESSES:
(See back cover)

TÉMOINS:
(Voir à l'endos)

THE STANDING SENATE COMMITTEE ON
SOCIAL AFFAIRS, SCIENCE AND TECHNOLOGY

The Honourable M. Lorne Bonnell, *Chairman*
The Honourable Orville H. Phillips, *Deputy Chairman*

The Honourable Senators:

Anderson	Marshall
Bonnell	McGrand
Bosa	Muir
Cottreau	*Olson
*Flynn	Phillips
Hébert	Tremblay
Lewis	Wood

**Ex Officio Members*

(Quorum 5)

Pursuant to notice of April 6, 1984 and of April 10, 1984 in
accordance with rule 66(4) and (5)(a):

Senator McGrand replaces Senator Rousseau;
Senator Muir replaces Senator Bielish.

COMITÉ SÉNATORIAL PERMANENT DES
AFFAIRES SOCIALES, SCIENCES ET TECHNOLOGIE

Président: L'honorable M. Lorne Bonnell
Vice-président: L'honorable Orville H. Phillips

Les honorables sénateurs:

Anderson	Marshall
Bonnell	McGrand
Bosa	Muir
Cottreau	*Olson
*Flynn	Phillips
Hébert	Tremblay
Lewis	Wood

**Membres d'office*

(Quorum 5)

Conformément à l'avis du 6 avril 1984 et à l'avis du 10 avril
1984 donné aux termes 66(4) et (5)a) du Règlement:

Le sénateur McGrand remplace le sénateur Rousseau;
Le sénateur Muir remplace le sénateur Bielish.

Le greffier du comité

Erika Bruce

Clerk of the Committee

ORDER OF REFERENCE

Extract from the Minutes of Proceedings of the Senate, Tuesday, March 20, 1984:

"The Order being read,
With leave of the Senate,

The Honourable Senator Bonnell resumed the debate on the motion of the Honourable Senator Frith, seconded by the Honourable Senator Langlois:

That the Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology be authorized to examine the subject-matter of the Bill C-3, intituled: "An Act relating to cash contributions by Canada in respect of insured health services provided under provincial health care insurance plans and amounts payable by Canada in respect of extended health care services and to amend and repeal certain Acts in consequence thereof", in advance of the said Bill coming before the Senate, or any matter relating thereto;

That the Committee have power to adjourn from place to place within Canada; and

That the Committee be authorized to engage the services of such counsel and technical, clerical and other personnel as may be required for the said examination.

After debate,

In amendment, the Honourable Senator Bonnell moved, seconded by the Honourable Senator Giguère, that the motion be amended by deleting the second paragraph thereof.

After debate, and—

The question being put on the motion in amendment, it was—

Resolved in the affirmative.

The question being put on the motion as amended, it was—

Resolved in the affirmative."

ORDRE DE RENVOI

Extrait des Procès-verbaux du Sénat le mardi 20 mars 1984:

«A la lecture de l'ordre adopté,
Avec la permission du Sénat,

L'honorable sénateur Bonnell reprend le débat sur la motion de l'honorable sénateur Frith, appuyé par l'honorable sénateur Langlois,

Que le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie soit autorisé à étudier la teneur du Projet de loi C-3, intitulé : «Loi concernant les contributions pécuniaires du Canada aux services de santé assurés pris en charge par les régimes provinciaux d'assurance-santé et les montants payables par le Canada pour les programmes de services complémentaires de santé, et modifiant certaines lois en conséquence», avant que ce projet de loi ou les questions s'y rattachant ne soient soumis au Sénat;

Que le Comité soit autorisé à voyager où que ce soit au Canada;

Que le Comité soit autorisé à retenir les services des conseillers et du personnel technique, de bureau et autre dont il pourra avoir besoin aux fins de son enquête.

Après débat,

En amendement, l'honorable sénateur Bonnell propose, appuyé par l'honorable sénateur Giguère, que l'on modifie la motion en retranchant le deuxième paragraphe.

Après débat,

La motion d'amendement, mise aux voix, est adoptée.

La motion, telle que modifiée, mise aux voix, est adoptée.»

Le greffier du Sénat

Charles A. Lussier

Clerk of the Senate

MINUTES OF PROCEEDINGS

TUESDAY, APRIL 10, 1984
(11)

[Text]

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met this day, at 4:04 p.m., the Deputy Chairman, the Honourable Senator Phillips, presiding.

Members of the Committee present: The Honourable Senators Anderson, Bonnell, Bosa, Côtteau, Flynn*, Hébert, Marshall, McGrand, Muir, Phillips, Tremblay and Wood. (12)

**ex officio member*

Other Senators present: Honourable Senators Asselin and Bell.

In attendance: Ms. Mildred J. Morton, Research Associate, Library of Parliament.

Witnesses:

From the Saskatchewan Medical Association:

Dr. Gordon Duke, President;

Dr. E. H. Baergen, Executive Director.

* * *

From the National Citizens' Coalition:

Mr. Colin Brown, President;

Mr. David Somerville, Vice-President;

Dr. Ian R. Munro, Member.

* * *

Mr. Claude Castonguay, former Minister of Social Affairs, Province of Quebec.

The Committee proceeded to examine and consider the subject-matter of Bill C-3 intituled: "An Act relating to cash contributions by Canada in respect of insured health services provided under provincial health care insurance plans and amounts payable by Canada in respect of extended health care services and to amend and repeal certain Acts in consequence thereof."

The witnesses made statements and answered questions.

At 5:59 p.m., the Committee continued its deliberations *in camera*, the Chairman, the Honourable Senator Bonnell, presiding.

On motion of Senator Bosa, it was agreed—That "Parliament" in paragraph 10 of the report be substituted by "the Senate".

Senator Flynn moved—That paragraph 11 of the report be amended to read as follows:

(11) "This Committee therefore recommends:

a. That the Senate delay its consideration of Bill C-3 until June 1, 1984, to enable the federal Minister of Health to meet collectively with her Provincial and Territorial counterparts to seek a desirable solution to their differences.

PROCÈS-VERBAL

LE MARDI 10 AVRIL 1984
(11)

[Traduction]

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit aujourd'hui à 16 h 04 sous la présidence de l'honorable sénateur Phillips (vice-président).

Membres du Comité présents: Les honorables sénateurs Anderson, Bonnell, Bosa, Côtteau, Flynn*, Hébert, Marshall, McGrand, Muir, Phillips, Tremblay et Wood. (12)

**membre d'office*

Autres sénateurs présents: Les honorables sénateurs Asselin et Bell.

Également présente: M^{me} Mildred J. Morton, adjointe à la recherche, Bibliothèque du Parlement.

Témoins:

De l'Association médicale de la Saskatchewan:

Le D^r Gordon Duke, président;

Le D^r E. H. Baergen, directeur exécutif.

* * *

De la National Citizens' Coalition:

M. Colin Brown, président;

M. David Somerville, vice-président;

Le D^r Ian R. Munro, membre.

* * *

M. Claude Castonguay, ancien ministre des affaires sociales, Province de Québec.

Le Comité entreprend l'étude de la teneur du projet de loi C-3 «Loi contenant les contributions pécuniaires du Canada aux services de santé assurés pris en charge par les régimes provinciaux d'assurance-santé et les montants payables par le Canada pour le programme de services complémentaires de santé, et modifiant certaines lois en conséquence.»

Les témoins font des déclarations et répondent aux questions.

A 17 h 59, le Comité continue ses délibérations à huis clos, sous la présidence de l'honorable sénateur Bonnell (président).

Sur motion du sénateur Bosa, il est décidé—Que le terme «Parlement» au paragraphe 10 du rapport soit remplacé par celui de «Le Sénat».

Sur motion du sénateur Flynn—Que l'alinéa 11 du rapport soit amendé de la façon suivante:

(11)

a. «Que le Sénat renvoie son étude du projet de loi C-3 jusqu'au premier juin 1984 afin de permettre au ministre fédéral de la santé de rencontrer collectivement ses homo-

b. That a special joint committee of the Senate and the House of Commons be established immediately to examine the issues involved in the development of a comprehensive health care policy for Canadians.”

After debate, the question being put on the motion, it was negatived on the following show of hands: YEAS: 5; NAYS: 5.

On motion of Senator Bosa, it was agreed—That the report be concurred in.

At 6:48 p.m., the Committee adjourned to the call of the Chair.

ATTEST:

logues provinciaux et territoriaux en vue de chercher une solution souhaitable pour régler leurs différends.

b. Qu'un comité mixte spécial du Sénat et de la Chambre des communes soit créé immédiatement pour étudier les questions relatives à l'élaboration d'une politique canadienne globale en matière de santé.

Après discussion, la motion mise aux voix, est rejetée par vote à main levée par cinq voix contre cinq.

Sur motion du sénateur Bosa, il est décidé—Que le rapport soit accepté.

A 18 h 48, le Comité suspend ses travaux jusqu'à nouvelle convocation du président.

ATTESTÉ:

Le greffier du Comité

Erika Bruce

Clerk of the Committee

REPORT OF THE COMMITTEE

Wednesday, April 11, 1984

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology presents its

SECOND REPORT

Your Committee which was authorized to examine the subject-matter of the Bill C-3, intitled: "An Act relating to cash contributions by Canada in respect of insured health services provided under provincial health care insurance plans and amounts payable by Canada in respect of extended health care services and to amend and repeal certain Acts in consequence thereof", in advance of the said Bill coming before the Senate or any matter relating thereto, presents its report:

1. This Committee was authorized to examine and consider the subject-matter of Bill C-3 in the Order of Reference from the Senate of March 20, 1984. The Bill had received first and second readings in the House of Commons on December 12, 1983 and January 20, 1984 respectively. At the time the Bill was referred to this Committee it had been the subject of considerable testimony in the course of its clause-by-clause study by the Standing Committee of Health, Welfare and Social Affairs of the House of Commons.

2. Bill C-3 is entitled "An Act relating to cash contributions by Canada in respect of insured health services under provincial health care insurance plans and amounts payable by Canada in respect of extended health care services and to amend and repeal certain Acts in consequence thereof. Its short title is the *Canada Health Act*. The long title is more appropriate. The Bill would consolidate and replace legislation contained in the existing *Health Insurance and Diagnostic Services Act* and the *Medical Care Act*. It would change the present law by imposing penalties, as specified in the Bill, on provinces which permit extra-billing by doctors and user charges for hospital services. It would also allow the Federal Government, after discussion with the affected provincial government, to impose penalties on provinces which otherwise did not comply with the five principles of medicare: public administration, comprehensiveness, universality, portability and accessibility.

3. In fulfilling the terms of its Order of Reference the Committee has held eight days of hearings and has heard some twenty-five witnesses. These witnesses have represented major groups concerned with health care: providers, consumers, policy analysts, and governments. With respect to the last group we were fortunate to have before us the health ministers or their representatives of all provinces and the Yukon Territory. The Committee has also reviewed the testimony regarding the Bill received by the Health Committee of the House of Commons.

4. Our hearings and submissions have been characterized by a diversity of opinion. Some contend that extra-billing and user charges do not constitute a problem. Others strong-

RAPPORT DU COMITÉ

Le mercredi 11 avril 1984

Le comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie présente son

DEUXIÈME RAPPORT

Votre Comité qui a été autorisé à étudier la teneur du Projet de loi C-3 intitulé: «Loi concernant les contributions pécuniaires du Canada aux services de santé assurés pris en charge par les régimes provinciaux d'assurance-santé et les montants payables par le Canada pour les programmes de services complémentaires de santé, et modifiant certaines lois en conséquence» avant que ce projet de loi ou les questions s'y rattachant ne soient soumis au Sénat, en fait maintenant rapport:

1) Conformément à l'ordre de renvoi du Sénat en date du 20 mars 1984, le Comité a étudié la teneur du projet de loi C-3 qui a franchi les étapes de la première et de la deuxième lecture à la Chambre des communes le 12 décembre 1983 et le 20 janvier 1984 respectivement. Au moment où le Comité a été saisi du projet de loi, le Comité permanent de la santé, du bien-être social et des affaires sociales de la Chambre des communes avait déjà entendu un nombre considérable de témoignages dans le cadre de son étude détaillée article par article du projet de loi.

2) Le projet de loi C-3 s'intitule «Loi concernant les contributions pécuniaires du Canada aux services de santé assurés pris en charge par les régimes provinciaux d'assurance-santé et les montants payables par le Canada pour les programmes des services complémentaires de santé, et modifiant certaines lois en conséquence». Son titre abrégé est *Loi canadienne sur la santé*. Le titre intégral est plus explicite. Le projet de loi vise à consolider et à remplacer les dispositions de la *Loi sur l'assurance-hospitalisation et les services diagnostiques* et la *Loi sur les soins médicaux*. Il modifierait la loi actuelle en imposant des pénalités aux provinces qui permettent aux médecins de surfacturer leurs patients et, aux hôpitaux, d'imposer des frais modérateurs. Aux termes du projet de loi, le gouvernement fédéral pourra, après en avoir discuté avec les gouvernements provinciaux intéressés, prendre des sanctions contre les provinces qui ne se conformeraient pas aux cinq critères régissant l'assurance-santé, à savoir: la gestion publique, l'intégralité, l'universalité, la transférabilité et l'accessibilité.

3) Dans le cadre de son mandat, le Comité a consacré huit jours à des audiences et a entendu quelque vingt-cinq témoins représentant les principaux groupes intéressés aux questions de santé, savoir: les dispensateurs des services, les consommateurs, les analystes de politique et les gouvernements. En ce qui touche ce dernier groupe nous avons eu la chance d'accueillir les ministres de la Santé (ou leurs remplaçants) de toutes les provinces et du Territoire du Yukon. Le Comité a également étudié les témoignages reçus par le Comité de la santé, du bien-être social et des affaires sociales de la Chambre des communes.

4) Les témoins entendus et les mémoires reçus exprimaient des opinions diverses sur la question. De l'avis de certains, la surfacturation et les frais modérateurs ne consti-

ly support federal legislation to eliminate these practices. Most, if not all, provinces would prefer to deal with the issue themselves without federal legislation.

5. For some the Bill does not go far enough in dealing with problems which they fear will arise from the imposition of penalties. The medical profession, for example, would have the Bill ensure their right to binding arbitration once a province has banned extra-billing. The provinces claim that this is not a matter for federal legislation, and that the Bill, in simply setting out a model for this type of negotiation between doctors and province, goes too far.

6. Groups representing interns and residents argue that the Bill should protect their right to accessibility—their right to practice within the health care system. Others argue that this, too, is a provincial matter.

7. A number of witnesses have applauded the provision regarding health care practitioners. They feel that this will allow provinces, if they choose, to develop a health care system which is not centered around one type of health care professional, and a narrow view of health care. A number of provinces fear that this will result in an unplanned expansion in comprehensiveness, and that the provisions should not have been introduced without consultation with them.

8. These are just a few examples—and they are far from exhaustive—of the issues which have been debated before us and in many other forums.

9. However, we have also found that witnesses do agree on a number of important points. All believe that Canadians, through their governments, their social institutions and as individuals, must address the issue of developing a comprehensive health care policy, uniform in its standards but suited to the needs of each province. This policy would deal with more fundamental problems than extra-billing and user charges:

- extending present services to patients who suffer from mental disorders, to chronic care patients, and others;
- the more basic issue of broadening and changing the definition of health care to include not only the treatment of illness but care for—attention to—health, through promotion and prevention;
- the issue of how to make the most effective use of all those involved in health care: nurses, dieticians, optometrists, social workers and others, as well as doctors and dentists;
- the problem of regional disparity in the provision of health care;
- the problem of rising costs, and the allocation of costs between the two levels of government.

10. This Committee feels that the Senate has an important role to play in this regard. It could provide a forum for

tuent pas un problème. D'autres appuient énergiquement l'initiative du gouvernement fédéral en vue de mettre fin à ces pratiques. La plupart des provinces, si non toutes, préféreraient régler la question elles-mêmes sans l'intervention législative du gouvernement fédéral.

5) Pour certains, le projet de loi ne s'attache pas suffisamment aux problèmes qu'entraînera, craignent-ils, l'imposition de pénalités. Par exemple, les médecins voudraient que le projet de loi reconnaisse leur droit à l'arbitrage obligatoire, une fois que la province aura interdit la surfacturation. Les provinces soutiennent que le gouvernement fédéral n'a pas à légiférer dans ce domaine et que le projet de loi, rien qu'en proposant un modèle pour les négociations entre médecins et provinces, va déjà trop loin.

6) Les groupes représentant les internes et les résidents soutiennent que le projet de loi devrait reconnaître leur droit à l'accessibilité, c'est-à-dire à pratiquer leur art dans le cadre du régime de l'assurance-santé. D'autres soutiennent que cette question relève également des provinces.

7) Plusieurs témoins appuient la disposition touchant les professionnels de la santé. Ils estiment que les provinces pourront ainsi, si elles le désirent, se doter d'un régime d'assurance-santé qui ne serait pas axé sur un seul type de professionnels de la santé et sur une conception étroite des soins de santé. Certaines provinces jugent que ces dispositions donneront lieu à une prolifération généralisée et non planifiée des services et qu'elles n'auraient pas dû être proposées sans consultation préalable.

8) Voilà quelques exemples, parmi tant d'autres, des questions qui ont été abordées devant le Comité et beaucoup d'autres tribunes.

9) Nous avons toutefois constaté que les témoins s'entendent sur un certain nombre de points importants. Tous sont convaincus que les Canadiens, par l'entremise de leur gouvernement, de leurs institutions sociales et à titre individuel, se doivent d'instituer une politique globale en matière de santé qui réponde à la fois à des normes de qualité uniformes, et aux besoins de chaque province. Cette politique s'attacherait à régler des problèmes plus fondamentaux que la surfacturation et l'imposition de frais modérateurs, à savoir:

- l'extension des services actuels aux patients qui souffrent de désordres mentaux, aux malades chroniques et autres;
- la question plus fondamentale consistant à modifier et à élargir la définition de soins de santé de façon à y inclure non seulement le traitement de maladies, mais les soins préventifs et la promotion de la santé;
- l'utilisation aussi efficace que possible de tous ceux qui œuvrent dans le domaine de la santé: infirmiers, diététiciens, optométristes, travailleurs sociaux et autres ainsi que médecins et dentistes;
- la disparité régionale dans la prestation des soins de santé;
- l'augmentation des coûts et le partage des coûts entre les deux niveaux de gouvernement.

10) Le Comité estime que le Sénat a un rôle important à jouer à cet égard. Il pourrait constituer une tribune où tous

all groups to present their ideas, a forum where solutions could begin to be developed.

11. This Committee therefore recommends that it be authorized to examine immediately the issues involved in the development of a comprehensive health care policy for Canadians.

Respectfully submitted,

les groupes pourraient présenter leurs idées à ce sujet et où des solutions pourraient se dessiner.

11) Le Comité recommande donc qu'il soit autorisé à étudier immédiatement les questions relatives à l'élaboration d'une politique canadienne globale en matière de santé.

Respectueusement soumis,

Le président

M. Lorne Bonnell

Chairman

EVIDENCE

Ottawa, Tuesday, April 10, 1984

[Text]

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met this day at 4 p.m. to consider the subject matter of Bill C-3, relating to cash contributions by Canada in respect of insured health services provided under provincial health care insurance plans and amounts payable by Canada in respect of extended health care services and to amend and repeal certain acts in consequence thereof.

Senator Orville H. Phillips (*Deputy Chairman*) in the Chair.

The Deputy Chairman: Honourable senators, the chairman is absent for at least part of the meeting and I absolutely refuse to put on the record his reason for being absent, so don't anyone ask.

This afternoon we have three groups of witnesses. Perhaps we will hear from them first, after which we will consider the submission of the draft report and the timetable for the next meetings.

Our first group of witnesses is from the Saskatchewan Medical Association. We have with us Dr. Duke, President of the Saskatchewan Medical Association, and Dr. Baergen, The Executive Director. I believe that they will be presenting their brief, after which the members of the committee can begin the questioning.

Please proceed, Dr. Duke.

Dr. Gordon Duke, President, Saskatchewan Medical Association: Thank you, Mr. Chairman. On behalf of the Saskatchewan Medical Association, we wish to thank the committee of the Senate for providing us the opportunity to present some views with respect to the Canada health act as it is currently being proposed.

By way of background, I believe that honourable senators are aware that, on February 21, we had the privilege of addressing the House of Commons Standing Committee on Health, Welfare and Social Affairs. At that time we presented a brief, a copy of which is submitted along with our comments today. Some honourable senators have perhaps already had an opportunity to review the brief. In it, we outlined the intensity of the events of 1962 surrounding the introduction of the first provincial medicare scheme in Saskatchewan. We identified the highlights of the Saskatchewan agreement. The ensuing Saskatchewan Medical Care Insurance Act came into being in July and August of 1962, as the result of the debate of those days.

We point out in our brief that the Medical Care Insurance Act of Saskatchewan contains a provision which empowers the Medical Care Insurance Commission to set unilaterally the benefit rates to be paid to physicians for insured services after consultation with the Saskatchewan Medical Association, but with no requirement to reach agreement.

We also outline the Saskatchewan experience, which shows that the extent of Mode III billing, or extra billing spurts

TÉMOIGNAGES

Ottawa, le mardi 10 avril 1984

[Traduction]

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, de la science et de la technologie se réunit aujourd'hui à 16 heures pour étudier l'objet du projet de loi C-3, concernant les contributions pécuniaires du Canada aux services de santé assurés pris en charge par les régimes provinciaux d'assurance-santé et les montants payables par le Canada pour les programmes de services complémentaires de santé, et modifiant certaines lois en conséquence.

Le sénateur Orville H. Phillips (*vice-président*) occupe le fauteuil.

Le vice-président: Honorables sénateurs, le président sera absent pendant au moins une partie de la réunion et je refuse absolument d'en verser la raison au dossier par conséquent, ne me la demandez pas.

Cet après-midi, nous avons trois groupes de témoins. Nous devrions peut-être les entendre d'abord, puis examiner le projet de rapport et le calendrier des prochaines réunions.

Notre premier groupe de témoins représente la *Saskatchewan Medical Association*. Il s'agit du docteur Duke, président de la *Saskatchewan Medical Association*, et du docteur Baergen, directeur administratif. Ils présenteront d'abord leur mémoire puis les membres du Comité pourront commencer à les interroger.

Veuillez procéder, docteur Duke.

Dr Gordon Duke, président, Saskatchewan Medical Association: Merci, monsieur le président. Au nom de la *Saskatchewan Medical Association*, nous désirons remercier le Comité sénatorial de nous avoir fourni l'occasion d'exprimer notre point de vue sur la Loi canadienne sur la santé telle qu'elle nous est présentée.

En guise d'introduction, je crois que les honorables sénateurs savent que le 21 février, nous avons eu le privilège de comparaître devant le Comité permanent de la Chambre des communes de la santé, du bien-être social et des affaires sociales. Nous avons alors présenté un mémoire dont une copie vous sera distribuée aujourd'hui. Certains honorables sénateurs ont peut-être déjà eu l'occasion de l'examiner. Nous y décrivons l'intensité des événements qui se sont produits en 1962 lorsque le premier régime d'assurance-santé provincial a été mis en place en Saskatchewan. Nous y exposons également les points saillants de l'accord qui a prévalu en Saskatchewan. La *Saskatchewan Medical Care Insurance Act* qui a été adoptée en juillet et en août 1962, a été le fruit de ce débat.

Nous soulignons dans notre mémoire que la *Medical Care Insurance Act* de la Saskatchewan renferme une disposition qui autorise la *Medical Care Insurance Commission* à fixer unilatéralement les taux des rémunérations qui doivent être payées aux médecins en retour des services de santé assurés et ce en consultation avec la *Saskatchewan Medical Association*, mais sans qu'il y ait nécessité d'en arriver à un accord.

Nous décrivons également l'expérience de la Saskatchewan, qui démontre que le 3^e mode de facturation, soit la surfactura-

[Text]

upward only when the profession perceives that the benefit rates are unrealistic.

In our brief, we also list the most significant areas where we consider the health system in Saskatchewan to be in need of improved funding in order to ensure universal access to health care. Direct patient billing was enshrined by the 1962 Medical Care Insurance Act. The rights of physicians at that time were identified such that they could select their modes of billing, be it directly to the commission or to the patient. When the federal Medical Care Act became operative in 1966 and '67, the then federal Minister of Health and Welfare, the Honourable John Munro, tacitly, at least, declared that the Saskatchewan plan was acceptable to the federal government. It met all of the criteria under which the federal government would make contributions to the Government of Saskatchewan toward the cost of the plan. Physicians in Saskatchewan are disenchanted with the political process which can change an agreement so completely and in such an autocratic fashion without considering its very real and practical consequences.

We take some comfort from the fourth "whereas" clause of the current bill, which acknowledges:

that future improvements in health will require the co-operative partnership of governments, health professionals, voluntary associations and individual Canadians.

It causes us considerable alarm, though, that this bill has been drafted and now given third reading without any real evidence that the federal government intends to foster such co-operation. It is saying to us, as physicians, and to our provincial governments, that we must play the game according to the federal government's rule book and referees or not play at all. The Saskatchewan Medical Association endorsed the request of the provincial ministers of health to postpone third reading of the bill until sincere federal-provincial consultations have taken place. Surely the Canada health act should serve the interests of Canadians and not be rushed to serve the publicity desires of the members of Parliament.

The SMA strongly urges that no steps be taken to weaken the provisions of the amendment, section 12(2). We understand that there are suggestions that section 12(2) be softened or that the bill be passed without it. If that happens, and if the Government of Saskatchewan responds by cancelling our Mode III option, our option to bill patients directly, we are effectively stripped of our bargaining power. That being the case, members of Parliament and senators are telling us, the medical profession, that we should assume a union stance and go on strike whenever we are unable to negotiate an agreement. We submit that the greatest barrier to health care is a strike of any group of health workers, be they physicians, nurses, technologists or hospital support staff.

One of the arguments that we hear in favour of introducing the Canada health act is that the Honourable Mr. Justice Emmett Hall recommended that extra billing be abolished.

[Traduction]

tion, ne prend des proportions exagérées que lorsque le corps médical juge que les taux de rémunération sont irréalistes.

Dans notre mémoire, nous énumérons aussi les domaines les plus importants où nous estimons que le régime d'assurance-santé de la Saskatchewan devrait être mieux financé pour assurer l'accès universel aux soins de santé. La facturation directe au patient avait été prévue dans la *Medical Care Insurance Act* de 1962. Les droits des médecins à cette époque avaient été définis de telle sorte qu'ils pouvaient choisir leurs modes de facturation, que ce soit directement à la commission ou aux patients. Lorsque la Loi fédérale sur les soins médicaux est entrée en vigueur en 1966 et en 1967, le ministre fédéral de la santé et du bien-être social d'alors, l'honorable John Munro, avait déclaré du moins tacitement qu'aux yeux du gouvernement fédéral le régime de la Saskatchewan était acceptable. Il satisfaisait à tous les critères voulus pour que le gouvernement fédéral fasse des contributions au gouvernement de la Saskatchewan dans le but de défrayer le régime. Les médecins de la Saskatchewan sont mécontents du processus politique qui peut changer un accord aussi totalement et d'une manière si autoritaire, sans en considérer les conséquences réelles et pratiques.

Nous sommes quelque peu réconfortés par le quatrième paragraphe du préambule du projet de loi actuel, où il est dit que le Parlement du Canada reconnaît:

que les améliorations futures dans le domaine de la santé nécessiteront la coopération des gouvernements, des professionnels de la santé, des organismes bénévoles et des citoyens canadiens,

Nous sommes terriblement inquiets toutefois de ce que ce projet de loi ait été rédigé et soit maintenant rendu à l'étape de la troisième lecture sans que le gouvernement fédéral ait vraiment manifesté son intention d'encourager une telle coopération. Il nous est dit, à nos médecins, et à nos gouvernements provinciaux, que c'est à prendre ou à laisser. La *Saskatchewan Medical Association* a appuyé la demande des ministres provinciaux de la santé qui voulaient retarder la troisième lecture du projet de loi jusqu'à ce que des consultations fédérales-provinciales sincères aient eu lieu. Il est certain que la Loi canadienne sur la santé devrait servir les intérêts des Canadiens et non être adoptée en vitesse pour être utilisée à des fins de publicité par les membres du Parlement.

La SMA recommande fortement qu'aucune mesure ne soit prise pour atténuer les dispositions de la modification, paragraphe 12(2). Nous savons que certains préconisent que le paragraphe 12(2) soit adouci ou complètement retiré du projet de loi. Si cela se produit, et si le gouvernement de la Saskatchewan réagit en annulant notre 3^e option, soit celle de facturer directement les patients, nous serions alors complètement privés de pouvoir de négociation. Si tel était le cas, les députés et les sénateurs nous disent, à nous membres de la profession médicale, que nous devrions assumer une décision syndicale et faire la grève chaque fois que nous ne pouvons négocier un accord. Nous estimons que le plus gros obstacle aux soins de santé est une grève d'un groupe quelconque de travailleurs de la santé, qu'il s'agisse de médecins, d'infirmiers, de techniciens ou de personnel de soutien hospitalier.

Un des arguments que nous entendons à l'appui de l'adoption de la Loi canadienne sur la santé est que l'honorable de la Justice M. Emmett Hall a recommandé que la surfacturation

[Text]

We would respectfully remind all those who hold that view that he also recommended that steps be taken to ensure that physicians are reasonably compensated for their services. He suggested an arbitration process, for lack of a better proven mechanism.

Arbitration of physicians' compensation is as much an unknown quantity to us as it is to governments. Our preference is to retain our Saskatchewan plan as it is and let us work it out at home. Saskatchewan physicians have made medicare work for almost 22 years. However if our plan, which has served as a model for numerous other principal plans, is to be legislated as being unacceptable to the Government of Canada, then, in the interests of the public, the same legislation, to be fair, must also provide a clause which protects the interests of physicians. Otherwise we are being hung out to dry. If federal legislation can persuade our provincial government to abolish the Mode III option, then surely it must, at the same time, accept the responsibility of ensuring that appropriate negotiating mechanisms must be in place in order to qualify for continuing federal contributions.

If this bill is to proceed in haste, section 12(2) must go with it, either in its present form or in some form which places a more firm obligation on the province to negotiate in good faith.

Mr. Chairman, the rest of our brief includes the presentation we made to the House of Commons committee on February 8. It includes also a copy of the Saskatoon agreement from 1962. That agreement was, of course, the basis of the Medicare Act in Saskatchewan. The agreement was signed by many honourable people, not the least of whom was the then Saskatchewan Health Minister, the Honourable Allan Blakeney. The Saskatoon agreement and the subsequent legislation have served the physicians and citizens of Saskatchewan well. We are proud of that agreement. We are proud of the work of the politicians and the profession, and, in the interests of good health care delivery, we feel that the system should be protected and should continue.

Deputy Chairman: Thank you, Dr. Duke. I believe that the members of the committee received the House of Commons brief prior to today's meeting. Are there any questions for Dr. Duke or his assistant?

Senator Bosa: Mr. Chairman, it is proposed here that section 12(2) remain as it is or that we strengthen it. However, the provincial ministers are protesting that there is an intrusion on the part of the federal government into provincial jurisdiction. How can the Saskatchewan Medical Association expect the federal government to dictate to the provinces what sort of arrangement they should have with the physicians of that province?

Dr. Duke: As we stated in our original brief to the House of Commons committee, and as we have indicated today, if, in

[Traduction]

soit abolie. Nous aimerions respectueusement rappeler à tous ceux qui partagent cet avis qu'il a aussi recommandé que des mesures soient prises pour assurer que les médecins soient raisonnablement rémunérés de leurs services. Il a proposé un processus d'arbitrage, faute d'autres mécanismes qui auraient fait leur preuve.

L'arbitrage de la rémunération des médecins est une réalité tout aussi nouvelle pour nous qu'elle l'est pour les gouvernements. Nous préférierions conserver notre régime actuel, inchangé, et qu'on nous laisse l'administrer chez nous. Les médecins de la Saskatchewan sont régis par l'assurance-santé depuis presque vingt-deux ans. Toutefois, si notre régime, qui a servi de modèle à de nombreux autres régimes provinciaux, est jugé inacceptable par la loi, il faudra alors agir de façon équitable envers les médecins qui continuent à en assurer la survie. Si notre 3^e option obligatoire est jugée inacceptable par le gouvernement du Canada, il faudrait alors, dans l'intérêt du public, que la même loi, pour être juste, renferme un article qui protège les intérêts des médecins. Autrement, on nous laisse complètement tomber. Si la loi fédérale peut persuader notre gouvernement provincial d'abolir la 3^e option, elle doit certainement alors, en même temps, accepter la responsabilité de veiller à ce que des mécanismes de négociation appropriés soient mis en place pour assurer la continuation des contributions fédérales.

Si ce projet de loi doit être adopté à la hâte, le paragraphe 12(2) doit lui être adjoint, sous sa forme actuelle ou sous une autre forme qui oblige plus sûrement les provinces à négocier en toute bonne foi.

Monsieur le président, le reste de notre mémoire contient l'exposé que nous avons présenté au Comité de la Chambre des communes le 8 février, ainsi qu'une copie de l'accord de Saskatoon de 1962. Cet accord a bien sûr servi de fondement à la *Medicare Act* de la Saskatchewan. Il a été signé par de nombreuses honorables personnes, dont non la moindre a été le ministre de la Santé de la Saskatchewan d'alors, l'honorable Allan Blakeney. L'accord de Saskatoon et la législation subséquente ont fort bien servi les médecins et les citoyens de la Saskatchewan. Nous en sommes fiers. Nous sommes également fiers du travail des hommes politiques et des membres de la profession médicale et, pour que la qualité des soins de santé se maintienne, nous estimons que le régime devrait être protégé et qu'il devrait continuer.

Le vice-président: Merci, docteur Duke. Je crois que les membres du Comité ont reçu le mémoire de la Chambre des communes avant la réunion d'aujourd'hui. Désirez-vous poser des questions au Dr Duke ou à son adjoint?

Le sénateur Bosa: Monsieur le président, ce mémoire propose qu'on conserve le paragraphe 12(2) ou qu'on lui donne plus de poids. Toutefois, les ministres provinciaux protestent en disant qu'il s'agit d'une intrusion de la part du gouvernement fédéral dans la juridiction provinciale. Comment la *Saskatchewan Medical Association* peut-elle s'attendre à ce que le gouvernement fédéral dicte aux provinces le genre d'entente qu'elles devraient conclure avec leurs médecins?

M. Duke: Comme nous l'avons déclaré dans le premier mémoire que nous avons présenté au Comité de la Chambre

[Text]

fact, the legislation does take away the profession's right to directly bill patients, then it must be twinned with something to provide protection for the professional in medicine, in terms of an arbitration process for some reasonable way of arriving at a payments schedule which will adequately reimburse that professional for his services. In other words, as professionals, we feel that, if a right is to be taken away, then it must be replaced by something that will ensure that we do have some type of escape valve. We, as professionals, find it very distasteful to feel that we would be in a position to have to threaten or withdraw our services when there are problems or conflicts related to reimbursement.

Senator Bosa: Is the federal government taking away from doctors the right of extra billing? Is there not an agreement between the federal government and the provinces that, in return for a universally applied plan, the federal government contributes to the provinces X number of dollars? But that does not take away the right of doctors regarding extra billing. You can still have extra billing, except that the provinces will be penalized for allowing that to take place.

Dr. Duke: How long do you think we would be able to do that? I am sorry to answer your question with another question.

Senator Bosa: I do not think it is for me to answer that question. I suppose you could do it forever, except that the province would be penalized and would not receive as much funding as it would receive if extra billing did not take place.

Dr. Duke: So you are identifying that, in fact, the legislation does restrict the provinces' funding; that it is constrictive and perhaps not constructive so far as the provinces are concerned; that it is penalizing and not positive.

Senator Bosa: It is constructive. It might be a bit constrictive, but it is constructive.

Dr. Duke: It is constructive in that there are penalties included in it.

Senator Bosa: If we refer to section 12(2), there is flexibility there for the Medical Association to work out an arrangement with the provinces to ensure that doctors are fairly and adequately compensated for the services they provide. Surely you could not expect the federal government to impose that condition on the provinces. They are already complaining that we have made intrusions into areas of their jurisdiction.

Dr. Duke: I think we could present to you the fact that, if our right to directly bill patients is taken away by this legislation, then this legislation must have twinned with it, as Mr. Justice Emmett Hall has indicated, a mechanism to ensure that there is adequate reimbursement for the physician and his services. If all you are doing is making a mechanism for fair reimbursement available to the profession in that province, I

[Traduction]

des communes et comme nous l'avons signalé aujourd'hui, si effectivement la loi retire aux médecins le droit de facturer directement les patients, elle doit prévoir aussi, en contrepartie, une certaine protection pour les professionnels de la médecine, soit un processus d'arbitrage qui permettra de trouver une façon raisonnable d'établir un barème de paiement pour rembourser adéquatement ces professionnels de leurs services. Autrement dit, à titre de professionnels, nous estimons que si un droit doit être enlevé, il faut alors le remplacer par une mesure qui nous permettra assurera un genre de soupape de sécurité. Il nous déplaît véritablement, à titre de professionnels, de penser que nous pourrions nous retrouver dans une situation où nous devrions menacer de retirer nos services chaque fois qu'il y a des problèmes ou des conflits liés au remboursement.

Le sénateur Bosa: Le gouvernement fédéral retire-t-il aux médecins le droit de surfacturer? N'existe-t-il pas un accord entre le gouvernement fédéral et les provinces selon lequel au lieu d'assurer l'universalité d'un régime, le gouvernement fédéral verse aux provinces telle ou telle somme d'argent? C'est une condition du régime et il ne s'agit pas de retirer aux médecins le droit de surfacturer. Ils pourront toujours surfacturer, mais les provinces seront pénalisées pour avoir autorisé cette pratique.

M. Duke: Pendant combien de temps pensez-vous que nous pourrions le faire? Je suis désolé de vous renvoyer la balle.

Le sénateur Bosa: Je ne pense pas que ce soit à moi de répondre à cette question. Je présume que vous pourriez le faire à jamais, sauf que la province serait pénalisée et ne recevrait pas autant de financement que si elle n'autorisait pas la surfacturation.

M. Duke: Vous trouvez par conséquent qu'en fait la loi restreint le financement des provinces, qu'elle est limitative et peut-être pas constructive en ce qui a trait aux provinces; qu'elle pénalise et qu'elle n'est pas positive.

Le sénateur Bosa: Elle est constructive. Elle est peut-être un peu limitative, mais elle est constructive.

M. Duke: Elle est constructive en ce sens qu'elle prévoit des pénalités?

Le sénateur Bosa: Si nous nous reportons au paragraphe 12(2), on peut constater que l'Association médicale peut en arriver à un accord avec les provinces pour assurer que les médecins sont équitablement et adéquatement rémunérés des services qu'ils fournissent. Vous ne pouviez certainement pas vous attendre à ce que le gouvernement fédéral impose cette condition aux provinces. Ces dernières se plaignent déjà que nous ayons fait des intrusions dans des domaines qui relèveraient de leur compétence.

M. Duke: Nous pourrions alléguer que si notre droit de facturer directement les patients nous est enlevé par cette loi, cette dernière doit alors prévoir en contrepartie, comme M. le juge Emmett Hall l'a signalé, un mécanisme qui assurera un remboursement adéquat aux médecins. Si vous réussissez à concevoir un mécanisme pour le remboursement équitable des médecins de cette province, je penserais qu'il ne serait pas

[Text]

would think that it would not be an unreasonable expectation of the federal government to ensure that mechanism. We are saying that when this bill is passed by the Senate it must include Clause 12(2) or be even more specific in its direction to the provinces and perhaps more firm in identifying exactly the process of arbitration that will be used if the normal negotiating process within the province fails to achieve agreement.

Senator Bosa: I think I have made my point.

Senator Marshall: Mr. Chairman, the Minister of Health for Saskatchewan referred to programs not funded by the federal government, such as the prescription program and the dental program. How does the medical association relate to the province in that regard? How do they bill the province or what process takes place in those other programs that are strictly provincial?

Dr. Duke: The drug plan only affects the professions in that there is a limited number of drugs that are available. In fact, through the administration of the drug plan it may be rather restrictive on the profession in that we do not have access to some of the medications which we feel would be to the benefit of our patients.

Senator Marshall: What about the dental program?

Dr. Duke: The dental program does not affect physicians directly. The dental program has progressively increased over the past few years to include children up to, I believe, age 16.

Senator Marshall: Do dentists belong to your medical association?

Dr. Duke: No, we are a medical association.

Senator Marshall: How do you relate to the submission of the health minister? Have you seen it?

Dr. Duke: I received a copy of the submission the day after it was presented. We concur with some of his concerns for instance, his concern that there seems to be a lack of co-operation and a lack of any form of consultation. These areas are not clearly identified as to what the role of the province will be. There would certainly seem to be areas that have been previously identified as responsibilities of the provincial government which are now being encroached upon by the federal government through fiscal means.

Senator Marshall: And you are asking us, as did your minister, to use our sober second thought to refine the bill so that it meets the needs of everybody in Canada?

Dr. Duke: That is a great objective.

Senator Marshall: I do not want to be facetious but do you think that the Senate can do that under its present structure?

Dr. Duke: You are more aware of the bills of the Senate than I am.

[Traduction]

déraisonnable de s'attendre à ce que le gouvernement fédéral assure ce mécanisme. Nous affirmons que lorsque ce projet de loi sera adopté par le Sénat, il devra inclure le paragraphe 12(2) ou être encore plus précis dans cette voie face aux provinces et peut-être même préciser clairement le processus d'arbitrage qui sera utilisé si le processus normal de négociation au sein de la province n'aboutit à rien.

Le sénateur Bosa: Je pense m'être exprimé clairement.

Le sénateur Marshall: Monsieur le président, le ministre de la Santé de la Saskatchewan a mentionné des programmes qui ne sont pas financés par le gouvernement fédéral, comme le programme de prescriptions et le programme de soins dentaires. Quels sont les rapports entre l'Association médicale et la province à cet égard? Comment facture-t-elle la province ou qu'est-ce qui se passe pour ces autres programmes qui sont strictement provinciaux?

M. Duke: Le programme de prescriptions ne touche que les professions étant donné que le nombre de médicaments disponibles est limité. En fait, l'administration du programme de prescriptions peut avoir pour nous des effets plutôt restrictifs car nous n'avons pas accès à certains médicaments qui à notre avis pourraient bénéficier à nos patients.

Le sénateur Marshall: Et que dire du programme de soins dentaires?

M. Duke: Ce programme ne concerne pas directement les médecins. Ces dernières années, on a progressivement accru l'âge limite des prestataires pour y inclure les enfants, je crois, âgés de 16 ans et moins.

Le sénateur Marshall: Les dentistes sont-ils membres de votre association?

M. Duke: Non, nous sommes une association de médecins.

Le sénateur Marshall: Que pensez-vous du mémoire présenté par le ministre de la Santé? En avez-vous pris connaissance?

M. Duke: J'ai reçu un exemplaire du mémoire le jour où il a été présenté. Nous partageons certaines de ses préoccupations, à savoir qu'il semble y avoir absence de collaboration et de consultations sous quelque forme que ce soit. Toutefois, en ce qui a trait à ces deux questions, le rôle de la province n'est pas précisément délimité. Il ne fait aucun doute qu'il semble y avoir des domaines considérés auparavant comme étant de compétence provinciale dans lesquels fait aujourd'hui ingérence le gouvernement fédéral par le biais de mesures financières.

Le sénateur Marshall: Et vous nous demandez, tout comme votre ministre, de réfléchir à nouveau pour épurer le projet de loi afin qu'il réponde aux besoins de tous les Canadiens?

M. Duke: C'est là un noble objectif.

Le sénateur Marshall: Je ne veux pas plaisanter mais croyez-vous que le Sénat, dans sa forme actuelle, peut s'acquitter de cette tâche?

M. Duke: Vous connaissez davantage les projets de loi du Sénat que moi.

[Text]

Senator Flynn: I come back to the question raised by Senator Bosa. I can understand the preoccupation of the medical profession with this matter, but the problem of extra billings and user fees is between the two levels of government. The federal government does not dare to outlaw extra billings or user fees. It simply says that it will penalize the provinces if these features are allowed. If Parliament had the power, what it should do is to make it an offence to allow extra billing. You are taking advantage of the fact that the federal government want to dictate indirectly to the provinces its opposition to extra billing and user fees. In fact, the agreement between the provinces and the medical profession is outside the jurisdiction of the federal government. Your view is that, if the federal government intends to dictate indirectly to the provinces, it should go further and protect you. Is that not your view?

Dr. Duke: Do you not agree with that?

Senator Flynn: No, I do not. I think that indirect intrusion into provincial jurisdiction is unwarranted at all times. Your problem lies with the provincial government. It should be resolved between the two parties involved. I can understand your reaction to the dictation by the federal government to the provincial governments over user fees and extra billing, but it is indirect. The federal government is saying, "You can do it, but, if you do, we will penalize you." You are saying, "We want you to go further." I understand your point, but I do not think it is logical from a legal point of view.

Dr. Duke: I am not a lawyer.

Dr. E. H. Baergen, Executive Director, Saskatchewan Medical Association: We agree that the matter of cost-sharing should be discussed between the federal and provincial governments. The problem that we see is that the penalties provided in the proposed Bill C-3 are a carrot and stick approach. They are saying to the provincial government, "We will provide you with funds, if you play according to our rules." That is indirectly saying to the provinces, "Look, you have to get rid of this extra billing." It is only a matter of time before the provincial governments say that they have to minimize their losses and that the federal government has told them to do so. That is the public perception of Bill C-3, that the government is telling the provinces to get rid of extra billing. We are saying that, if the federal government can offer a carrot in one direction, it had better have another one for the other direction.

Senator Flynn: Do you want to have your own carrot?

Dr. Baergen: We are suggesting that the bill makes it impossible.

Dr. Duke: If direct billing is outlawed and the profession is left with no other mechanism than withdrawal of services, will the federal government accept the responsibility for withdrawal of professional services? There is no identifiable alternate without something as strong as or stronger than clause 12(2). That was the need for the amendment.

[Traduction]

Le sénateur Flynn: Je reviens à la question du sénateur Bosa. Je comprends l'inquiétude du corps médical face au projet de loi, mais le problème de la surfacturation et des frais modérateurs est un problème que doivent régler les deux paliers de gouvernement. Le gouvernement fédéral n'ose pas interdire la surfacturation et les frais modérateurs. Il dit simplement qu'il pénalisera les provinces si elles permettent de telles pratiques. Si le Parlement était habilité, il devrait interdire la surfacturation. Vous profitez du fait que le gouvernement fédéral veut interdire indirectement aux provinces de permettre la surfacturation et les frais modérateurs. En fait, l'accord signé entre les provinces et les médecins ne relève pas du gouvernement fédéral. Vous estimez que si le gouvernement fédéral entend imposer ses volontés indirectement aux provinces, il devrait aller plus loin et vous protéger, n'est-ce pas?

M. Duke: N'êtes-vous pas d'accord avec nous?

Le sénateur Flynn: Non, je ne le suis pas. Je crois que toute ingérence indirecte du gouvernement fédéral dans un domaine de compétence provinciale est toujours injustifiée. Votre problème, vous devez le régler avec le gouvernement provincial. Ce sont les deux parties en cause qui doivent en venir à une entente. Je comprends votre réaction à la mesure imposée par le gouvernement fédéral aux gouvernements provinciaux en ce qui a trait à la surfacturation et aux frais modérateurs, mais c'est là une mesure indirecte. Le gouvernement fédéral prétend permettre la surfacturation, mais vous pénalisera si vous imposez de tels frais. De votre côté, vous demandez plus. Je comprends votre position, mais je ne crois pas qu'elle soit logique d'un point de vue juridique.

M. Duke: Je ne suis pas avocat.

M. E. H. Baergen, directeur général, Association médicale de la Saskatchewan: Nous reconnaissons que la question du partage des coûts doit être discutée entre le gouvernement fédéral et les provinces. Pour nous, le problème vient du fait que les pénalités prévues dans le projet de loi C-3 sont à la fois la carotte et le bâton. Le gouvernement fédéral dit aux provinces: «Nous vous accordons des fonds, si vous respectez nos règles du jeu. Indirectement, le gouvernement fédéral dit aux provinces: «Ecoutez, vous devez interdire une fois pour toute la surfacturation.» Très bientôt, les gouvernements provinciaux vont vous dire qu'ils doivent minimiser leurs pertes et qu'en cela, ils obéissent aux consignes du gouvernement fédéral. Voilà comment la population en général perçoit le projet de loi C-3, c'est-à-dire qu'elle croit que le gouvernement demande aux provinces d'interdire la surfacturation. À notre avis, si le gouvernement fédéral tend une carotte dans un sens, il ferait mieux d'en tendre une autre dans l'autre sens.

Le sénateur Flynn: Et voulez-vous avoir la vôtre en propre?

M. Baergen: À notre avis, le projet de loi est impossible.

M. Duke: Si la facturation directe est prescrite et que les médecins n'ont plus d'autre choix que de refuser les services, le gouvernement fédéral acceptera-t-il la responsabilité de ce retrait des services professionnels? Il ne semble y avoir aucune solution de rechange possible qui soit aussi, sinon plus restric-

[Text]

Senator Flynn: Clause 12(2) is really not that strong in itself. More than anything else it is moral suasion because the provinces are not bound to provide compulsory arbitration. However, if they do, they will qualify under clause 12, but they are not bound to do it. The idea is to try to create a trend or pattern, but it really is outside the jurisdiction of Parliament. That is the point I wish to make. I think the first idea was wrong; however, you followed the logic of a bad premise.

Dr. Duke: That is right. If you make one mistake, then you have to deal with it, otherwise you leave yourself in a very difficult situation. In other words, you take the feet out from under the profession that has made medicare work. In fact, the system in Saskatchewan has brought medical services to that province continuously since 1962. We have not had any strikes. In fact, if we are placed in a position where we must withdraw services, as we pointed out in our brief, then that is not very accessible medical care.

Senator Flynn: In any event, it does work in some provinces without compulsory arbitration.

Dr. Duke: Which province would that be, Senator?

Senator Flynn: I do not believe there is compulsory arbitration in place in Quebec. In fact, to my recollection, compulsory arbitration has been seldom accepted by any government. You are referring to a sovereign government, using taxpayers money, saying it will accept the decision of a third party. Government have been very reluctant to accept others' decisions in their own areas of jurisdiction.

Dr. Duke: If I am correct, the federal civil service does have binding arbitration.

Senator Flynn: I doubt that very much. I have seen it provided for only once in a special bill.

Dr. Duke: The federal government must, by special act of Parliament, reverse the decision of the arbitration board.

Senator Flynn: If it has the power to reverse a decision then it is not compulsory arbitration.

Dr. Duke: It is similar to clause 12(2), wherein the legislature of the province would be empowered to alter by an act—

Senator Flynn: With all due respect, sir, that is not found in clause 12(2). The legislature of a province has always had the right to change any provision. It happened in Quebec some two years ago, when a collective agreement duly arrived at by legislation was changed. However, this is a rather exceptional and harsh method of carrying out that measure.

[Traduction]

tive que le paragraphe 12(2). C'est la raison pour laquelle il fallait apporter un amendement.

Le sénateur Flynn: Le paragraphe 12(2) n'est pas en réalité aussi contraignant en soi. Plus qu'autre chose, il se veut une disposition incitative parce que les provinces ne sont pas obligées d'assurer l'arbitrage obligatoire. Toutefois, si elles le font, elles doivent s'en remettre à l'article 12 parce qu'elles n'y sont pas tenues. L'objectif visé est de tenter de créer un modèle, mais en réalité, le Parlement n'a rien à voir là-dedans. C'est ce que je veux vous faire comprendre. Je crois qu'au départ, la première idée était fausse, vous avez suivi la logique d'une hypothèse erronée.

M. Duke: C'est exact. Si vous commettez une erreur, il faut alors vous garder une porte de sortie, sinon vous vous trouvez dans une situation très difficile. Autrement dit, vous vous retirez de la profession qui assure la survie du régime d'assurance-santé. En fait, en Saskatchewan, les services médicaux sont assurés de façon continue depuis 1962. Nous n'avons jamais été en grève. En réalité, si nous devons retirer les services médicaux, comme nous l'avons signalé dans notre mémoire, ce n'est pas ce qu'on peut alors appeler l'accessibilité aux soins.

Le sénateur Flynn: De toute façon, on arrive à s'entendre dans certaines provinces sans qu'il y ait d'arbitrage obligatoire.

M. Duke: De quelles provinces s'agit-il, sénateur?

Le sénateur Flynn: Je ne crois pas qu'il y ait arbitrage obligatoire au Québec. En fait, si ma mémoire est bonne, l'arbitrage obligatoire a rarement été accepté par aucun gouvernement. Vous parlez ici d'un gouvernement souverain, qui utilise l'argent des contribuables et qui s'engage à accepter la décision d'une tierce partie. Les gouvernements hésitent toujours beaucoup à accepter la décision d'un autre dans leur propre domaine de compétence.

M. Duke: Si je ne m'abuse, la Fonction publique fédérale est liée par l'arbitrage obligatoire.

Le sénateur Flynn: J'en doute énormément. Je n'en ai vu qu'un exemple une fois dans un projet de loi spécial.

M. Duke: Le gouvernement fédéral doit, par le biais d'une loi spéciale, renverser la décision du Conseil d'arbitrage.

Le sénateur Flynn: Si le gouvernement a le pouvoir de renverser une décision, eh bien alors il ne s'agit pas d'arbitrage obligatoire.

M. Duke: Cette disposition est semblable au paragraphe 12(2) suivant lequel l'Assemblée législative d'une province aurait droit de modifier par voie législative . . .

Le sénateur Flynn: Avec tout le respect que je vous dois, monsieur, ce n'est pas ce que prévoit le paragraphe 12(2). L'Assemblée législative d'une province a toujours eu le droit de changer quelque disposition que ce soit. La chose s'est produite au Québec il y a environ deux ans au moment où une convention collective dûment adoptée par voie législative a été changée. Toutefois, c'est là plutôt une exception et une méthode assez peu orthodoxe.

[Text]

The Deputy Chairman: Honourable senators, I would like to break in and ask one question before we complete this portion of the meeting. Under point 3 it is stated that the Medical Care Insurance Commission unilaterally sets the benefit rates. Does the Saskatchewan legislature have any authority to overrule that provision or change it in any way?

Dr. Duke: The funding of the Medical Care Insurance Commission is provided under the direction of the Department of Health and is subject to the Department of Finance and, ultimately, to the legislature.

The Deputy Chairman: However, that is not provided for in clause 12(2), wherein the arbitration can be changed through an act of the legislature.

Dr. Duke: Under provincial legislation, we have followed an anti-inflation program of CPI minus one and our Medical Care Insurance Commission has taken this into consideration as it has directed funds to change and alter the rate of payments. This is similar to the federal government, which passes acts that affect the federal civil service. The six-and-five program affected the settlements with the unions. So there is direct contact in cases, when it is necessary.

The Deputy Chairman: Honourable senators, on you behalf I would like to thank the witnesses for their courtesy in appearing before us today. I would like to thank Dr. Duke and Dr. Baergen for their presentations. I apologize for the time limit but we do have two other groups to hear from today and then we must consider our future agenda.

Dr. Duke: Thank you, sir. On behalf of the medical profession of Saskatchewan, and the medical profession of Canada, I want you to know that we are always available for consultation.

The Deputy Chairman: Would the representatives of the National Citizens' Coalition come forward, please.

Honourable senators, with us we have Mr. Colin Brown of the National Citizens' Coalition. He will present a brief and be available for questions later on.

Will you please introduce your associates to the committee before you present your brief, Mr. Brown.

Mr. Colin Brown, President, National Citizens' Coalition: Thank you, Mr. Chairman. On my right is Dr. Ian Munro, a world class cranial-facial plastic surgeon and a member of the Coalition's Medical Advisory Committee. To Dr. Munro's right is David Somerville, Vice-President of the National Citizens' Coalition.

Honourable senators, I would like to take a few minutes to tell you about the National Citizens' Coalition so that you will understand why we are here today. We are supported by 30,000 Canadians from coast to coast. We have no political affiliations. We are a non-profit organization. We send out two bi-monthly newsletters, which would be complimentary to senators on request. We were incorporated in 1975, although we actually commenced our work in 1967. Our *modus operandi* is to inform readers, through our large eye-catching adver-

[Traduction]

Le vice-président: Honorables sénateurs, j'aimerais intervenir et poser une question avant que nous terminions ce round. Au numéro 3, on dit que la Commission d'assurance-santé fixe unilatéralement les taux de rémunération. L'Assemblée législative de la Saskatchewan a-t-elle le pouvoir de renverser cette disposition ou de la modifier de quelque façon que ce soit?

M. Duke: C'est le ministère de la Santé qui finance la Commission, lui-même tributaire des crédits du ministère des Finances autorisés enfin par l'Assemblée législative.

Le vice-président: Toutefois, ce n'est pas ce que prévoit le paragraphe 12(2), à savoir que l'arbitrage peut être modifié par une loi de l'Assemblée législative.

M. Duke: Aux termes de la loi provinciale, nous avons été soumis à un programme anti-inflation conforme à l'indice des prix à la consommation moins un et notre Commission d'assurance-santé en a tenu compte, elle a affecté des crédits visant à modifier les taux de rémunération. C'est un peu ce que fait le gouvernement fédéral qui adopte des lois concernant la Fonction publique. Le programme des 6 et 5 p. 100 est venu modifier des accords signés avec les syndicats. Il y a donc contact direct lorsque c'est nécessaire.

Le vice-président: Honorables sénateurs, j'aimerais remercier en votre nom les témoins d'avoir bien voulu comparaître devant notre comité aujourd'hui. Je tiens à remercier M. Duke et M. Baergen de leur mémoire. Je regrette de leur imposer un délai, mais nous devons effectivement entendre aujourd'hui deux autres groupes après quoi nous devons étudier l'ordre du jour de la prochaine séance.

M. Duke: Merci, monsieur. Au nom du corps médical de la Saskatchewan et de l'ensemble des médecins du Canada, je tiens à vous dire que nous sommes toujours disponibles pour quelque consultation que ce soit.

Le vice-président: Les représentants de la Coalition nationale des citoyens auraient-ils l'obligeance de s'approcher?

Honorables sénateurs, nous avons avec nous aujourd'hui M. Colin Brown de la Coalition nationale des citoyens. Il présentera son mémoire après quoi vous pourrez l'interroger.

Auriez-vous la gentillesse de nous présenter les personnes qui vous accompagnent avant de commencer, monsieur Brown.

M. Colin Brown, président, Coalition nationale des citoyens: Merci, monsieur le président. À ma droite se trouve M. Ian Munro, spécialiste de renommée mondiale en chirurgie plastique et membre du Comité consultatif médical de la Coalition. À la droite de M. Munro, M. David Somerville, vice-président de la Coalition.

Honorables sénateurs, j'aimerais d'abord prendre quelques minutes pour vous parler de notre organisation afin que vous puissiez comprendre les raisons pour lesquelles nous venons témoigner devant vous aujourd'hui. Notre association compte 30,000 adhérents d'un océan à l'autre. Sans but lucratif, elle n'est affiliée à aucun parti politique. Nous publions deux bulletins bimensuels et nous nous ferons un plaisir de les remettre aux sénateurs qui en feront la demande. Nous avons été constitués en société en 1975 bien qu'en réalité nous ayons

[Text]

tissements, of vital national issues which we think have not had sufficient public attention. We urge readers to react by getting in touch with their MPs, or us, and by sending us money to carry on our work. We also use radio and T.V. for this purpose when we cannot afford to take out advertisements.

Our organization has had a deep interest in medicare since 1967. As you will remember, Ontario had a medicare system at that time which covered over 95 per cent of the people of the province. This system was made up of several competing organizations, such as the Ontario government Plan, the Doctors' PSI Plan, Blue Cross and many insurance company plans. In the eyes of the Ontario government this was very satisfactory and efficient. The efficiency was largely due to the fact that these competing organizations had to keep service high and costs low in order to survive in a free market system.

At that time, Mr. Pearson, and later Mr. Trudeau, insisted on a universal compulsory government run plan. The premier of Ontario said that he would not go along with such a demand until he was forced to do so. He was threatened with the withdrawal of \$125 million in tax money from the province, if he did not comply. At that time, tens of thousands of Ontarians and people in other provinces protested against universality because they had great concern that a government-run, gigantic operation like this was bound to be wasteful, inefficient and to have its costs grow like Topsy.

We are here today to ask that this latest proposal, the Canada health act, be considered more closely in view of the fact that the majority of Canadians do not know the negative impact that it would have on medical care, if doctors were forced to become civil servants, and patients who wished to could not get, and pay for, better, quicker and possibly higher-quality service, bearing in mind that the poor were never neglected. We feel that such a step is another example of the freedoms of the individual being chipped away, bit by bit, unnoticed by many until it is too late to correct these moves. I can refer to other chipping away that has been happening: The right to private property and the denial of freedom of speech at election time.

May I mention the reward for merit? It might well be that, had you senators been denied the reward of merit carrot in your earlier years, you might not have earned the high position you hold here today. Ironically, reward for merit is what is being denied to all Canadian doctors in Canada's health act. Can you name a country where a person is not able to pay extra to receive special medical attention? It is our desire to persuade the committee that only the politically attractive side of Bill C-3 has been presented, but that, indeed, there are

[Traduction]

amorcé nos activités en 1967. Notre objectif est d'informer les lecteurs, au moyen de larges panneaux publicitaires sur des questions nationales d'intérêt vital qui, à notre avis, n'ont pas suffisamment capté l'attention de la population. Nous encourageons les lecteurs à réagir soit en communiquant avec leurs députés, ou avec nous ou encore en nous faisant parvenir leurs dons afin que nous puissions continuer notre œuvre. Nous faisons aussi passer des messages à la radio et à la télévision lorsque nous ne pouvons nous payer les affiches publicitaires.

Notre organisme s'intéresse vivement au régime d'assurance-maladie depuis 1967. Vous vous en souviendrez certainement, à cette époque l'Ontario était dotée d'un régime d'assurance-maladie qui couvrait plus de 95 p. 100 de la population de la province. Ce système comptait plusieurs organismes concurrentiels comme le régime du gouvernement de l'Ontario, le régime PSI des médecins, la Croix-bleue et de nombreux régimes de compagnies d'assurance. Le gouvernement de l'Ontario estimait que le régime était très satisfaisant et efficace, étant donné que ces entreprises devaient offrir des services de qualité à bon prix afin de survivre dans un contexte de libre entreprise.

A cette époque, M. Pearson et par la suite M. Trudeau ont insisté pour que le gouvernement de l'Ontario adopte le régime obligatoire universel. Le premier ministre de la province a répondu qu'il ne se joindrait à ce régime que s'il était forcé de le faire. Le gouvernement fédéral a alors menacé de lui retirer 125 millions de dollars s'il ne se pliait pas à ses exigences. A cette époque, des dizaines de milliers d'Ontariens et d'habitants des autres provinces ont protesté contre l'universalité parce qu'ils craignaient beaucoup qu'un régime gouvernemental, aussi gigantesque s'avérerait un gaspillage, qu'il serait inefficace et que ses coûts monteraient en flèche.

Nous venons témoigner devant vous aujourd'hui pour demander que la proposition la plus récente dans ce domaine, à savoir la Loi canadienne sur la santé, soit étudiée plus attentivement compte tenu du fait que la majorité des Canadiens ne connaissent pas les répercussions négatives que cette loi aurait sur les soins médicaux si les médecins sont forcés de devenir des fonctionnaires et si les patients, qui le désirent, ne peuvent se payer des soins meilleurs, plus rapides et peut-être de qualité supérieure, tout en ne perdant pas de vue que les pauvres ne seraient jamais négligés. Nous croyons que ce projet de loi est un autre exemple de l'érosion des libertés individuelles, petit à petit, érosion que beaucoup ne vont percevoir que lorsqu'il sera trop tard pour y remédier. Je peux vous donner d'autres exemples d'érosion des libertés individuelles, qu'il s'agisse du droit à la propriété privée et du déni de liberté de parole en période électorale.

Puis-je me permettre de parler de la récompense au mérite? Il se pourrait très bien que si vous, messieurs et mesdames les sénateurs, vous étiez vu refuser la récompense au mérite au début de votre carrière, vous n'occuperiez peut-être pas le poste important que vous occupez aujourd'hui. Aussi ironique que cela puisse paraître, la récompense au mérite est justement ce qu'on refuse à tous les médecins canadiens aux termes de la Loi canadienne sur la santé. Pouvez-vous me nommer un pays où une personne n'a pas le droit de verser des frais supplémen-

[Text]

many questions that should be answered before this becomes the law of the land. We know that only one of five Canadians approve of withdrawing health dollars from the provinces, as the bill provides. We know that Canadians do not want this bill and feel very strongly about it, from the reactions we have been getting over the past ten days or so. Today, I would like to present to you the names of thousands upon thousands of Canadians who want this stopped. I do not want to take the time of the committee at this point, but these lists of names are available to be looked at afterwards. We think this is ample evidence, and urge you to listen to their voices.

I will now introduce, if I may, Dr. Munro to continue with our submission.

Dr. Ian Munro, Member, Medical Advisory Committee of the National Citizens' Coalition: Ladies and gentlemen, I come here not just as member of this coalition. I also come as a very concerned private citizen and as a physician. I grew up in England. My father was a general practitioner, and I saw him and his specialist colleagues become bitter people because they were unable to deliver the quality of care for which they had been trained.

Exactly the same thing has happened in this country. I would remind you that, in 1949, Eric Blair published his book, *1984* under the name of George Orwell and thereby introduced the terms "newspeak" and "doublethink" into the English language. The bill that we are discussing here today is an abuse of the English language. It is not an act, but an anti-health act; it is an act against freedom and against quality. It is against universality and accessibility. To call this a health act is "newspeak", but the reasoning behind it is "doublethink".

The Honourable Monique Bégin claims that doctors are ruining medicare and that every Canadian must have unlimited access at no direct cost. Madame Bégin should perhaps follow her second point to its logical conclusion. If a person is afraid to seek medical care because he may have to pay a nominal sum, surely this person is afraid to seek treatment because he will have to lose money by paying for transportation to that doctor. Similarly, he should not lose money by being off work for a few hours or a few days. The company for which that person works is losing his productivity and, therefore, losing money. If the government logically covers all of these costs, who is going to pay the government?

Medicine is less vital than the right to food, clothing or shelter in cold Canada. Should the government provide unlimited access to the highest quality of these products? The legal aid plan makes no attempt to provide unlimited access.

[Traduction]

taires pour recevoir des soins médicaux particuliers? Nous avons l'intention de persuader le Comité que seul l'aspect politique et intéressant du projet de loi C-3 a été présenté et qu'en fait de nombreuses questions doivent être réglées avant que le projet de loi ne soit adopté. Nous savons que seulement un Canadien sur cinq approuve le retrait des crédits affectés à la santé aux provinces, comme le prévoit le projet de loi. Nous savons que les Canadiens ne veulent pas de ce projet de loi et le rejettent ardemment, d'après les réactions que nous avons pu obtenir au cours des dix derniers jours ou à peu près. Aujourd'hui, j'aimerais vous présenter le nom de milliers de Canadiens qui désirent que ce projet de loi ne soit pas adopté. Je ne veux pas prendre le temps du Comité maintenant, mais les listes sont disponibles si vous voulez les examiner après la séance. Nous croyons que c'est là une preuve suffisante et nous vous prions instamment d'entendre leurs appels.

Si vous le permettez, je vais maintenant vous présenter M. Munro qui poursuivra la lecture de notre mémoire.

M. Ian Munro, membre, Comité consultatif médical de la Coalition nationale des citoyens: Mesdames et messieurs, je suis ici non seulement à titre de membre de la Coalition, mais en tant que citoyen et médecin très préoccupé par la question du projet de loi C-3. J'ai été élevé en Angleterre. Mon père était généraliste et je les ai entendu, lui et ses collègues spécialistes, déplorer de ne pouvoir dispenser les soins de qualité auxquels leur formation les avait préparés.

C'est exactement ce qui se passe au Canada. Je vous rappelle qu'en 1949, Eric Blair a publié, sous le nom de George Orwell, son livre intitulé «1984», dans lequel il introduit dans l'anglais contemporain les expressions «*newspeak*» et «*doublethink*». Le projet de loi que nous étudions aujourd'hui est exprimé dans un anglais abusif. Ce n'est pas une loi sur la santé mais une loi contre la santé et contre la liberté et contre la qualité. Elle s'oppose à l'universalité et à l'accessibilité. C'est, en vérité du «*newspeak*» que de l'appeler une loi sur la santé et le raisonnement qui la sous-tend n'est que du «*doublethink*».

L'honorable Monique Bégin prétend que les médecins ruinent l'assurance-maladie et que tout Canadien devrait avoir accès aux soins médicaux sans restrictions et sans qu'il lui en coûte directement quoi que ce soit. M^{me} Bégin pourrait peut-être poursuivre ce second point, jusqu'à sa conclusion logique. Celui qui craint de payer une somme nominale, pour se faire soigner craindra également de déboursier pour son transport jusqu'au cabinet du médecin. Sans compter qu'il ne faudrait pas qu'il perde une partie de son salaire lorsqu'il s'absente de son travail pour quelques heures ou quelques jours. Et la société pour laquelle il travaille perd aussi la production qu'il lui aurait assurée et, partant, de l'argent. Or, si le gouvernement doit couvrir tous ces frais, qui va rembourser le gouvernement?

Les soins médicaux sont moins essentiels que le droit à se nourrir, à se vêtir et à se loger dans ce froid pays qu'est le Canada. Le gouvernement devrait-il assurer à chacun la meilleure qualité de service à cet égard? L'aide juridique n'essaie nullement de fournir un accès illimité aux services qu'elle offre.

[Text]

Gentlemen, socialized medicine is a myth. It stimulates unlimited demands; it removes all sense of responsibility, from both the public and health personnel. Yet it can only provide limited supplies of low quality. In the 15 years of socialized medicine in Canada, care, universality and accessibility have been removed from medicare.

Even the right to live has been denied. In Toronto, there are three cardiac units servicing five million people from Ontario and eastern Canada. In the United States of America, there are eight to ten units for a similar population size. Also in the United States, a person will receive total investigation and their heart operation within 48 hours, whether or not they can afford it.

In Toronto, there is a two to three month waiting list for investigation; there is a three to four month waiting list after that before you can receive your heart operation. More people are dying or having heart attacks while on waiting lists than those who are lost through surgery. These numbers are available from a death list that is being kept.

The waiting list for heart surgery in this country is a minimum of ten weeks and a maximum of ten months. A person with a suspected brain tumour—which we can all get—waits three months for an X-ray and another one to two months before the tumor can be removed. Modern medicine is very sophisticated and is advancing rapidly, but is being rationed.

If you have a chest pain, in Toronto you can have an X-ray called an angiogram; you can be injected with a drug called streptokinase; your coronary artery can be dilated with a balloon or you can have immediate surgery—providing it occurs between 9.00 a.m. and 3.00 p.m. If it occurs in the evenings or at weekends, you just hope that you will not die.

As we all get older, we are subject to the possibility of having a stroke, which is a debilitating condition, as I am sure you are all aware. Fortunately, medicine is now sometimes able to prevent this. People get warning attacks and, if a person has a warning attack, there is an operation available whereby the stroke can be prevented. The waiting list for this urgent, absolutely immediate operation is ten days to two weeks. Again, more people are dying waiting on lists who actually could be saved.

In 1948, the Hospital for Sick Children in London, England, was, at the commencement of its socialized medical program, the best paediatric hospital in the world. Now it is third-class. Sophisticated treatment is not available there. The equipment is out-dated and the best doctors have left.

In the early 1970s, the Hospital for Sick Children in Toronto was the largest and best paediatric hospital in the world. Now it, too, has antiquated equipment and lack of facilities. An out-patient CAT scan means a wait of four to six months. A speech study to see if a child could be helped to speak more clearly by an operation takes six to nine months.

[Traduction]

Messieurs, la médecine socialisée est un mythe. Elle a suscité des exigences sans fin; elle supprime tout sens de responsabilité chez les usagers aussi bien que le personnel de la santé. Et pourtant, elle ne peut fournir que des services limités et de moindre qualité. Depuis que la médecine socialisée a été instituée au Canada voilà 15 ans, l'université et l'accessibilité ont disparu de l'assurance-santé.

On a fini même par nier le droit à la vie. A Toronto, il n'y a que trois centres de cardiologie qui desservent 5 millions d'habitants en Ontario et dans l'est du Canada. Aux États-Unis, la proportion est de 8 à 10 centres pour une population équivalente. Toujours aux États-Unis, le patient peut, en 48 heures, passer un examen complet et subir une opération à cœur ouvert, qu'il ait ou non les moyens de payer.

A Toronto, il faut attendre deux ou trois mois pour se faire examiner et trois ou quatre autres mois, pour être opéré du cœur. Plus de patients décèdent ou sont victimes de crises cardiaques alors qu'ils attendent de se faire soigner, qu'il n'en meurt sur la table d'opération. Ces chiffres sont extraits d'un registre des décès.

Au Canada, la liste d'attente en chirurgie cardiaque est d'au moins dix semaines et d'au plus dix mois. Un patient chez qui l'on redoute une tumeur cérébrale qui peut atteindre chacun de nous—attend trois mois pour se faire radiographier et trois autres mois pour être opéré. La médecine moderne est très avancée et elle ne cesse de progresser, mais elle est rationnée.

Si vous éprouvez une douleur à la poitrine, vous pouvez, à Toronto, passer une radiographie, que l'on appelle un angiogramme; on vous injectera un médicament appelé streptokinase; votre artère coronaire pourra être dilatée au moyen d'un ballon, ou encore, vous subirez immédiatement une intervention chirurgicale—pourvu que cette douleur se produise entre 9 heures et 15 heures. Mais si elle survient en soirée ou en fin de semaine, il vous reste à espérer de ne point mourir en attendant.

Avec l'âge, on devient plus sujet aux accidents cérébrovasculaires, qui, comme vous le savez tous, sont très débilissants. Heureusement, la médecine actuelle peut parfois les prévenir. On éprouve des symptômes précurseurs et l'on peut, par la chirurgie prévenir l'accident. La liste d'attente pour cette opération, tout à fait urgente, est de dix jours à deux semaines. Ici encore, plus de gens meurent en attendant l'opération alors qu'on pourrait les sauver en les opérant.

En 1948, le *Hospital for Sick Children* de Londres, en Angleterre, le meilleur hôpital pédiatrique au monde, inaugurerait son programme de médecine socialisée. Cet établissement est aujourd'hui un hôpital de troisième classe qui ne dispense plus de traitements modernes, où l'équipement est désuet et que les meilleurs médecins ont quitté.

Au début des années 70, l'hôpital pour enfants de Toronto était reconnu comme le meilleur et le plus important hôpital pédiatrique du monde. Aujourd'hui, son équipement est désuet et il manque d'installations. Un malade externe peut attendre de quatre à six mois pour avoir une tomographie axiale. Il faut de six à neuf mois pour évaluer le dossier d'un enfant et savoir

[Text]

In 1984, the hospital was given what was called a budgetary increase. This was pure Orwellian "newspeak". The "budgetary increase" was 1.5 per cent less than the inflation rate. In the 14 years that I have been associated with this hospital, the number of beds has been decreased from 800 to 660. The number of hours available for elective surgery has been decreased. Medicine is being rationed, but it is not just sophisticated medicine that is being rationed, because if a family practitioner is to put his patient into hospital he gets paid for seeing that patient once a day for the first week; during the second week he is paid for seeing the patient every other day; and by the fourth week he is reimbursed for seeing that patient only twice a week.

The litany of lack of accessibility and lowering of standards is endless. The lowest level of Canadian medicine is in Quebec which, for some years, has permitted unlimited demand but has even greater constraints on provision of care. Now in Quebec, if one doctor wishes to work harder or longer hours because he is young and interested, he is restricted. He has a ceiling on his income every three months. If he reaches that ceiling in two months, he will receive only 25 per cent of the fee for his further labours and, thus, will stop work.

The accessibility to medical care has been denied to Canadians, but even more frightening is the freedom to obtain or provide alternatives. People or insurance companies are not permitted to build private hospitals for acute care. A group of people are not permitted to buy a CAT scanner for use outside the hospital facilities. To ensure complete enslavement, the federal government, with the inception of medicare, banned all other insuring agencies. Even Britain, with rampant socialism, has never denied that basic right. Within 20 years of the commencement of the National Health Service in Britain, the lack of fiscal responsibility by patients, health personnel and government, had created waiting lists for major treatments of two to three years; for some minor procedures, a ten-year wait is not uncommon. Britain now has the lowest ratio of kidney treatment units in Europe. Approximately 2000 people have been estimated to die each year in Britain because they cannot be treated for kidney problems. Fortunately, as I said, England does have private insurance, and the result, therefore, is that there has been a burgeoning of this private system, in Britain, which is well covered. Even the most militant communist-run trade unions in Britain now demand private medical insurance in contract agreements which the government. Canada has eliminated this basic freedom of choice.

Insurance companies in Britain have, during the past ten years, built numerous large and very efficient hospitals. That

[Traduction]

si une intervention chirurgicale lui permettra de s'exprimer plus clairement.

En 1984, l'hôpital a reçu ce qu'on appelle une augmentation budgétaire. Voilà du parfait «newspeak» orwellien. Cette «augmentation budgétaire» était de 1,5 p. 100 inférieure au taux d'inflation. Depuis 14 ans que je travaille dans cet hôpital, le nombre de lits est tombé de 800 à 660, le nombre d'heures de chirurgie élective a diminué. La médecine est aujourd'hui rationnée. Mais ce ne sont pas les traitements perfectionnés qui seuls sont rationnés, car si le médecin de famille hospitalise son patient, il est payé par une visite par jour au cours de la première semaine; pour une visite tous les deux jours, durant la deuxième semaine et deux visites par semaines à compter de la quatrième semaine.

La liste des cas où il y a manque d'accessibilité et appauvrissement de la qualité est interminable. C'est au Québec que la médecine canadienne connaît son niveau le plus bas car, depuis quelques années, cette province a toléré une demande illimitée de services, alors que ses ressources ne lui permettent pas d'y faire face. Au Québec, un médecin jeune et intéressé qui veut travailler plus fort, et plus longtemps se voit imposer des limites. Son revenu est plafonné tous les trois mois. S'il atteint ce plafond en deux mois, il ne sera rémunéré qu'à raison de 25 p. 100 pour le reste et, en conséquence, il s'arrêtera de travailler.

L'accessibilité aux soins médicaux a été retirée aux Canadiens, mais ce qui est plus redoutable encore ce sont les limites qui ont été posées à la liberté de trouver des solutions à cette situation. Les compagnies d'assurance ne sont pas autorisées à construire des hôpitaux privés pour traiter les affectations aiguës. Il n'est pas permis à un groupe d'acheter un appareil de tomographie axiale pour l'utiliser hors du milieu hospitalier. Pour ajouter à cet esclavage, le régime d'assurance-santé du gouvernement fédéral a supplanté toute autre agence d'assurance. Même en Angleterre, où le socialisme fleurit, ce droit fondamental n'a jamais été aboli. Dans les 20 ans qui ont suivi l'instauration du *National Health Service* en Grande-Bretagne, l'incurie des malades, du personnel de la santé et du gouvernement en matière de coûts a entraîné, pour les principaux traitements, des attentes de deux à trois ans, tandis que pour les traitements de moindre importance, il n'est pas rare d'attendre dix ans. C'est la Grande-Bretagne qui, parmi tous les pays d'Europe, compte le moins de départements d'urologie. On a estimé à 2,000 le nombre de personnes qui meurent chaque année en Angleterre parce qu'elles ne peuvent être traitées pour des affectations rénales. Heureusement, qu'on peut toujours là-bas souscrire à une assurance privée et, en conséquence, les soins privés se sont répandus et sont bien couverts par des régimes d'assurance-santé. Même les syndicats, dont la direction est la plus communiste et la plus militante, réclame en Grande-Bretagne l'assurance médicale privée dans les contrats collectifs qu'ils signent avec le gouvernement. Le Canada a aboli cette liberté de choix fondamentale.

Les compagnies d'assurance en Grande-Bretagne ont, au cours des dix dernières années, construit un grand nombre

[Text]

has slowly removed the strain on the public system, allowing the public system to produce, in fact, excellent care for those who cannot afford private insurance. This, what I call the Bégin-Orwellian anti-health act, is a Utopian dream, and ignores the realities of mankind.

As far as Canadians are concerned, 90 per cent of them see a doctor at least once a year, and the average Canadian sees a doctor six times a year, whilst in Alberta that is as high as 9.5 times a year. A study by the Rand Corporation of 4000 people divided into two groups showed that those with total medical coverage resulted in a 50 per cent greater cost for medical services than those with nominal cost-sharing features. The totally insured used ambulatory and hospital facilities one-third more; however, the costs, once in hospital, and which were out of their control, were not different. At the end of a five-year period, there was no difference in the health of the two groups.

I beseech you as members of the Senate to slow down this bill because medicine in Canada has duplicated that in Britain. My health, your health and the health of Canadians is being ruined by the system we currently have.

The Deputy Chairman: Mr. Somerville has a few remarks to make by way of an opening statement. I ask him to make them brief because the members of the committee would like to ask questions.

Mr. David Somerville, Vice-President, National Citizens Coalition: How long do I have, ten minutes?

The Deputy Chairman: No, about five minutes.

Mr. Somerville: Thank you for this opportunity to express our grave concern regarding the Canada Health Act and its ramifications. We are greatly concerned not only about the substance of the bill, but by the reprehensible tactics being used by the Minister of the Crown to railroad this legislation through Parliament. The Honourable Monique Bégin has appealed to two of the most powerful instincts we have—fear and envy—to persuade Canadians to accept this bill. The Honourable Monique Bégin has tried to engender fear among Canadians that unless so-called extra billing and user fees are prohibited at once, our entire health care system is in danger of collapse. She quoted the case of a woman at Mount Sinai Hospital to justify the banning of extra billing, because she said there were hundreds of thousands of Canadians in similar straits.

Never mind the hundreds of thousands; we challenge the Minister of Health and Welfare to produce 100.

The New Democratic Party of Ontario advertised to try to find Canadians who are unable to obtain medical care because of extra billing. The party never released the results of its inquiry; we suspect no one replied.

Monique Bégin neglected to tell her fellow Canadians that in Canada 98.25 per cent of doctors' fees are paid by the government. That is one of the highest, if not the highest,

[Traduction]

d'hôpitaux spacieux et efficaces qui sont venus alléger le fardeau du régime public, lui permettant ainsi d'offrir des soins excellents à ceux qui ne peuvent souscrire à une assurance privée. Cette loi, que j'appelle loi Bégin ou Orwell, est une utopie qui fait abstraction des réalités de l'humanité.

Quatre-vingt-dix pour cent des Canadiens voient un médecin au moins une fois l'an et le Canadien moyen, six fois l'an; en Alberta, ce chiffre est de 9,5 fois l'an. Une enquête menée par la Rand Corporation chez 4,000 personnes réparties en deux groupes a démontré que les frais médicaux de ceux qui souscrivent à une assurance qui les couvrent entièrement sont de 50 p. 100 plus élevés que les frais de ceux qui ne sont couverts que pour certains actes. Ceux qui disposent d'une couverture totale utilisent 33 ⅓ fois plus les services ambulanciers et hospitaliers; cependant, les frais du malade hospitalisé, étant hors de son contrôle, sont les mêmes, quelle que soit la couverture. À la fin d'une période de cinq ans, il n'y avait aucune différence dans l'État de santé des deux groupes.

Je vous supplie en qualité de membre du Sénat, de freiner l'adoption de ce projet de loi, parce que la médecine canadienne s'est modelée sur celle de Grande-Bretagne. Ma santé, votre santé, et celle de tous les Canadiens, marche vers la ruine, sous l'impulsion du régime actuel.

Le vice-président: Monsieur Somerville va d'abord faire quelques observations. Je l'ai prié d'être très bref, parce que les membres du Comité voudraient lui poser quelques questions.

M. David Somerville, vice-président, Coalition nationale des citoyens: Je dispose, de combien de temps, dix minutes?

Le vice-président: Non, environ cinq minutes.

M. Somerville: Je vous remercie de me permettre d'exprimer les craintes que nous éprouvons au sujet des repercussions de la loi canadienne. Nous nous inquiétons non seulement au sujet du libellé du projet de loi mais aussi des tactiques méprisables qui sont utilisées par le ministre de la Couronne pour en hâter l'adoption par le Parlement. L'Honorable Monique Bégin a fait appel à nos deux plus puissants instincts—la crainte et l'envie—pour nous persuader d'accepter ce projet de loi, nous laissant entendre qu'à moins d'interdire sur le champ la surfacturation et le ticket modérateur, nous pourrions assister à l'effondrement de tout notre régime de soins médicaux. Elle a cité le cas d'une patiente du Mount Sinai Hospital pour justifier les efforts qu'elle déploie en vue de supprimer la surfacturation car, a-t-elle dit, des centaines de milliers de canadiens se trouvent dans le même cas.

Oubliant ces centaines de milliers de cas, nous défions le ministre de la santé et du bien-être de nous en trouver seulement une centaine.

Le nouveau parti démocratique de l'Ontario a placé une annonce invitant à se présenter les Canadiens qui se trouveraient dans l'impossibilité d'obtenir des soins médicaux en raison de la surfacturation. Il n'a jamais publié les résultats de cette enquête, à laquelle croyons-nous, personne n'a répondu.

Monique Bégin a négligé de dire à ses compatriotes canadiens que 98,25 p. 100 des honoraires des médecins sont payés par le gouvernement, soit l'une des proportions les plus élevées,

[Text]

proportion in the western world. In fact I understand it is a higher proportion than in many communist countries. In an even more reprehensible move she appealed to perhaps the basest, most poisonous emotion of man, envy, to persuade Canadians to "get the doctors". She said in the House of Commons on January 16, and I quote:

Extra billing is a special goody in terms of additional dollars that a specialist... gets for himself... putting those extra dollars in his... pocket without any justification.

... Doctor x gets extra bucks for himself...

This statement coming from a minister in our country makes my flesh crawl. To add insult to injury, she is making these statements while she is in a fully-indexed pension plan. Through her government's taxation policy, she is forcing Canadians to pay for her open-ended indexed pension plan which none of the great unwashed could ever afford.

Monique Bégin's stand brings to mind a quote from Winston Churchill:

Socialism is the philosophy of failure, the creed of ignorance and the gospel of envy.

Her crass warfare approach to this legislation will only serve to further divide Canadians and make a hard-working dedicated group of professional men and women in this country the focus of envy and discontent. She is also bent on stopping any hospital user fees as well. In that respect she has outdone not only Sweden but also Communist China. Sweden also has user fees for prescription drugs.

Are Canadians really threatened by extra billing and hospital user fees? An independent poll undertaken by the Canadian Medical Association tried to determine the answer to that; this is what they found: Three of four Canadians think more time is needed on Bill C-3; the vast majority of Canadians are satisfied with the health care system as it now stands; less than ten per cent, despite massive propaganda, think that extra billing is a problem; less than three per cent think hospital user fees are a problem.

Perhaps more persuasive than that is a poll conducted by the Minister of Health and Welfare herself. That poll found that Canadians were more concerned with unemployment, crime, environmental issues and even the cost of electricity than with the issue of health care costs and availability. Additionally, only 22 per cent of Canadians in the minister's poll approved of the federal government's tactic in Bill C-3 of withholding health funds.

The Deputy Chairman: Mr. Somerville, do you have a closing statement?

Mr. Somerville: The question which arises from all of this is: Why was the Canada health act ever introduced? I heard earlier a gentleman ask, "Do you really think that the Senate is going to stop this?" We are not clairvoyant; we know it can;

[Traduction]

sinon la plus élevée, du monde occidental. En fait, cette profession l'emporte sur celle de bien des pays communistes. De façon plus condamnable encore, elle a fait appel à l'émotion la plus basse, la plus vile de l'homme, l'envie, pour persuader les Canadiens de «s'en prendre aux médecins». Elle a déclaré à la Chambre des communes le 10 janvier, et je cite:

La surfacturation est un petit supplément spécial que certains spécialistes reçoivent directement et mettent en poche sans justification,

Le médecin un tel reçoit un supplément.

Cette déclaration, venant d'un ministre du Canada, nous donne la chair de poule. Mais ajoutant encore à cette injure, elle se permet de telles déclarations, alors qu'elle se trouve couverte par un régime de retraite totalement indexé. Par le truchement de la politique fiscale de son gouvernement, elle contraint les Canadiens à défrayer son plan de retraite indexé et non limitatif, que bien des gens ordinaires ne pourraient se permettre.

La position de Monique Bégin nous rappelle ce mot de Winston Churchill:

Le socialisme est la philosophie des ratés, le credo des ignorants et l'évangile des envieux.

Son attitude belliqueuse ne servira qu'à diviser encore plus les Canadiens et à semer l'envi et le mécontentement parmi les hommes et les femmes de ce secteur professionnel dévoué et diligent. Le ministre est en outre, nettement résolue à mettre fin aux frais modérateurs pour les soins hospitaliers. Sur ce point, elle a damé le pion non seulement à la Suède mais aussi à la Chine communiste. La Suède impose du frais modérateurs à l'égard des médicaments prescrits.

Les Canadiens sont-ils vraiment menacés par la surfacturation et les frais modérateurs pour les soins hospitaliers? Une enquête indépendante de l'Association médicale canadienne a voulu connaître la réponse à cette question et voici ce qu'elle a trouvé: trois Canadiens sur quatre estiment qu'on devrait accorder plus de temps à l'étude du projet de loi C-3; la grande majorité des Canadiens est satisfaite du régime actuel de soins médicaux; moins de 10 p. 100 d'entre eux, en dépit d'une propagande effrénée, estiment que la surfacturation constitue un problème; moins de 3 p. 100 trouvent que les frais modérateurs pour soins hospitaliers constituent un problème.

Plus persuasif encore est le sondage effectué par le ministre de la Santé et du Bien-être elle-même, d'où il appert que la population canadienne se soucie plus du chômage, du crime, de l'écologie et du prix de l'électricité que des coûts et de la disponibilité des soins de santé. De plus, seuls 22 p. 100 des Canadiens ont approuvé les dispositions du Projet de loi C-3 relatives à la retenue des contributions fédérales.

Le vice-président: Monsieur Somerville, avez-vous une dernière déclaration à faire?

M. Somerville: On se demande après tout ce que nous avons entendu pourquoi ce projet de loi sur la santé a été introduit? Quelqu'un a demandé tout à l'heure: «Croyez-vous vraiment que le Sénat s'opposera à l'adoption de ce projet de loi?» Nous

[Text]

all it takes is your will and we implore you to stop this bill because it will do great damage to our health system.

The Deputy Chairman: Thank you, Mr. Somerville. Senator Wood?

Senator Wood: Mr. Chairman, there are several comments I should like to make. I have heard during the past few minutes some appalling remarks being made, and I am not very pleased about them. I understand that the tactics of the minister have created fear among many Canadians. Do you think that the tactics you people have used such as the advertising program you have undertaken did not create fears, especially among those people who do not know what you are talking about when you state: "How would you like open-heart surgery done by a civil servant?"

Mr. Somerville: May I speak to that?

Senator Wood: Just a moment. I am not finished. From what I know of your association, it seems to me that you are always protesting against rights like civil service rights, the Constitution and the arrival of Vietnamese refugees. Is there anything that you are for—because this kind of publicity—I grant you that it is eye-catching—certainly would not sway me in any way, but it certainly is scare tactics for the person on the street, and I deplore that.

Mr. Somerville: Mr. Chairman, may I answer that?

The Deputy Chairman: Yes.

Mr. Somerville: Thank you for raising that point. We would like to address that. I do not believe we have ever attacked civil service rights, unless you are considering a fully indexed pension, which virtually no one in the private sector can afford, a right, and we do not believe it is. You talk about scare tactics and other people have talked about hysteria. Monique Bégin called it big lies, but she did not bother pointing out any of the lies.

Let me refer you to a couple of sections from these papers. We all know that physicians are probably the most conservative group in terms of personal style in the country. Let us hear what some of these groups of physicians and medical associations have called this act. The Medical Society of Nova Scotia calls the act a disaster. The Lincoln County Academy of Medicine said that under this act doctors will now become civil servants responsible to the state, which is what we said, and they will develop a "civil service mentality," which is what we said. It said that it can safely be predicted that our best doctors will flee the country, which is what we said. The academy said that once opt-out is banned the only recourse left for physicians in the time of disagreement with the government would be to leave the country of form a union and go on strike.

The Deputy Chairman: Thank you, Mr. Somerville. Do you have any further questions, Senator Wood?

[Traduction]

ne sommes pas des devins. Nous savons qu'il peut le faire. Mais le veut-il? Là est toute la question. Nous le supplions de s'opposer à l'adoption de ce Projet de loi qui causera un grave préjudice à notre régime de soins médicaux.

Le vice-président: Merci, monsieur Somerville. Sénateur Wood?

Le sénateur Wood: Monsieur le président, j'ai plusieurs observations à faire. Je viens d'entendre, ces quelques dernières minutes, des remarques étonnantes qui ne m'ont pas tellement plu. Je comprends que les tactiques adoptées par le ministre aient effrayé nombre de Canadiens. Croyez-vous qu'il en a été autrement pour celles que vous autres avez utilisées dans votre publicité, et j'entends surtout ici les usagers qui ignorent au juste de quoi vous parlez lorsque vous demandez: «Aimeriez-vous qu'un fonctionnaire vous opère à cœur ouvert?»

M. Somerville: Puis-je prendre la parole à ce sujet?

Le sénateur Wood: Juste un instant; je n'ai pas terminé. D'après ce que je sais de votre association, il me semble que vous êtes toujours en train de protester, que ce soit contre les droits des fonctionnaires, contre la constitution ou contre l'arrivée des réfugiés vietnamiens. Existe-t-il quelque chose dont vous approuvez, car ce type de publicité—je vous concède qu'elle est accrocheuse—ne m'influencerait nullement, mais elle intimide certainement l'homme de la rue, et je le déplore.

M. Somerville: Monsieur le président, puis-je répondre à cela?

Le vice-président: Oui.

M. Somerville: Merci d'avoir soulevé cette question. Nous aimerions en traiter. Je ne crois pas que nous ayons jamais attaqué les droits des fonctionnaires, à moins que vous ne considériez une pension pleinement indexée comme un droit, ce qui n'est pas le cas à notre avis et ce que pratiquement personne du secteur privé ne peut se permettre. Vous parlez d'intimidation et d'autres parlent d'hystérie. Monique Bégin a dit qu'il s'agissait de gros mensonges, mais elle n'a pas pris la peine d'en mentionner ne serait-ce qu'un seul.

Permettez-moi de vous citer des passages de ces documents. Nous savons tous que les médecins représentent probablement le groupe le plus conservateur de la société du point de vue du style personnel. Voyons ce que certains de ces groupes de médecins et associations médicales pensent de cette loi. La Société médicale de la Nouvelle-Écosse dit que c'est un désastre. L'Académie de médecine du comté de Lincoln dit qu'aux termes de cette loi, les médecins deviendront des fonctionnaires responsables envers l'État et qu'ils finiront par avoir une mentalité de fonctionnaire, opinion que nous partageons. Elle dit qu'on peut à coup sûr prédire que nos meilleurs médecins quitteront le pays, ce que nous soutenons aussi. Elle dit qu'une fois que la désaffiliation aura été interdite, le seul recours qu'auront les médecins en cas de désaccord avec le gouvernement sera de quitter le pays ou de former un syndicat et de faire la grève.

Le vice-président: Merci, monsieur Somerville. Avez-vous d'autres questions, sénateurs Wood?

[Text]

Senator Muir: On a point of order, I do not think the honourable senator's question was answered. She is well able to speak for herself but you have not answered her question.

Mr. Somerville: There are several parts to the question—

Senator Muir: The question about advertising.

Mr. Somerville: Would you repeat your question?

The Deputy Chairman: Would you care to repeat your question, Senator Wood?

Senator Wood: I wanted to know what kind of publicity do you call this first of all?

Mr. Somerville: We call it—

Senator Wood: You call it eye-catching.

Mr. Somerville: We call it late, but nevertheless informative advertising.

Senator Wood: I understand that Mr. Brown said it was an eye-catching commercial.

Mr. Brown: True.

Senator Wood: At the same time that you are doing this, you are requesting that it be a fund-raising event, from what I can gather. Is this how you scare the people in order that they write to you? You have a folder there full of letters or petitions, or whatever, and this is the kind of publicity that you use.

Mr. Somerville: If the truth is scary, yes, we speak the truth. I think it is scary.

Senator Marshall: You are not related to Brian Davis, are you?

Senator Muir: That is not the truth. Where are you going to get a civil servant to do what you are saying he is doing?

Senator Marshall: Would the gentleman be related to Brian Davis, the fellow who is against the seal hunt? You couldn't be related to him, could you?

Senator Muir: On a point of order, Mr. Brown, this is the first time I laid my eyes on you, but I have read your articles for years, and you have no damn use for the Senate and no damn use for members of Parliament. What do you have use for? I would like to know why Mr. Brown is here today laying on the tears, which are running down the aisles, to these "characters who are fat cats sitting around the Senate and Parliament"? Why is he so anxious to ask for help now?

May I also ask if Mr. Brown has run for Parliament at any time and, if not, why has he not and why doesn't he? When is he going to run?

Mr. Brown: May I answer?

The Deputy Chairman: Certainly, Mr. Brown.

Mr. Brown: I have offered to run, but I have not been accepted by a party. I did not think it would be worthwhile running as an individual. I should like to point out to you that the whole ambition of the National Citizens' Coalition is to get information to the individuals who, in turn, will get in touch with their members of Parliament who, in turn, will get to the

[Traduction]

Le sénateur Muir: J'invoque le règlement. Je ne pense pas qu'on ait répondu à la question de l'honorable sénateur. Elle est capable de parler pour elle-même, mais vous n'avez pas répondu à sa question.

M. Somerville: Il y a plusieurs parties à la question—

Le sénateur Muir: La question sur la publicité.

M. Somerville: Pourriez-vous répéter votre question?

Le vice-président: Voudriez-vous répéter votre question, sénateur Wood?

Le sénateur Wood: Je voulais savoir comment vous appelez ce genre de publicité?

M. Somerville: Nous l'appelons—

Le sénateur Wood: Accrocheuse.

M. Somerville: Nous soutenons que c'est une publicité tardive mais constructive.

Le sénateur Wood: J'ai cru comprendre que M. Brown avait dit que c'était une annonce accrocheuse.

M. Brown: C'est vrai.

Le sénateur Wood: En même temps, vous demandez que ce soit une occasion de recueillir des fonds, d'après ce que je crois comprendre. Est-ce ainsi que vous intimidez la population afin qu'elle vous écrive? Vous avez là un dossier plein de lettres, de pétitions, ou de je ne sais quoi encore et c'est le type de publicité que vous utilisez.

M. Somerville: Si la vérité est intimidante, oui, nous disons la vérité. Je pense que cette vérité intimide.

Le sénateur Marshall: Vous n'êtes pas parent avec M. Brian Davis, n'est-ce pas?

Le sénateur Muir: Ce n'est pas la vérité. Où allez-vous trouver un fonctionnaire pour faire ce que vous dites qu'il fait?

Le sénateur Marshall: Ce monsieur serait-il parent avec M. Brian Davis, celui qui s'élève contre la chasse au phoque? Vous ne pourriez être parent avec lui, n'est-ce pas?

Le sénateur Muir: J'invoque le règlement. Monsieur Brown, c'est la première fois que je vous vois, mais je lis vos articles depuis des années et vous n'avez que faire du Sénat, ni du Parlement. Qui trouve grâce à vos yeux? J'aimerais savoir pourquoi M. Brown est ici aujourd'hui à verser des torrents de larmes devant ces sénateurs et députés gros et gras. Pourquoi est-il si impatient de demander de l'aide maintenant?

J'aimerais savoir aussi si M. Brown s'est déjà présenté aux élections et, dans la négative, pourquoi? Quand le fera-t-il?

M. Brown: Puis-je répondre?

Le vice-président: Certainement, monsieur Brown.

M. Brown: J'ai offert de me présenter mais aucun parti ne m'a accepté. A mon avis, il ne valait pas la peine que je me présente comme candidat indépendant. J'aimerais vous signaler que l'ambition de la Coalition nationale des citoyens est de transmettre des informations aux particuliers pour que ceux-ci entrent en contact avec leur député pour qu'il transmettent à

[Text]

cabinet. In our view that is true democracy. There are an awful lot of things happening in Canada that are not fully put together by the media. We can give several cases of that which I will not bore you with, but that is our plan. We do not want to be critical of senators. We hope and pray that the Senate will be greater and stronger because we are very concerned about the fact that without a Senate we are very close to having a dictatorship, or what could be a dictatorship, as Mr. Pearson said when he was Prime Minister.

The Deputy Chairman: Senator Anderson?

Senator Anderson: I was wondering if we will be getting copies of those briefs, especially the one that was not finished.

Mr. Brown: Yes, we have copies for everyone.

Senator Anderson: There was one part where he talked about railroading the members of all parties. I would be interested in seeing exactly how it was put, because, apparently, it has been accepted by all parties. I wanted to clarify that about the railroading.

Mr. Somerville: May I reply to that?

The Deputy Chairman: Yes.

Mr. Somerville: I was referring to the tactics, I am sure you heard that, when a number of groups—notably, the Canadian Medical Association and the Ontario Medical Association, the two largest medical groups in the country—wanted to testify in the House of Commons on this, at first Madame Bégin refused to let anyone talk to them. After a great outcry she finally backed down and allowed them to testify. That is the kind of attitude that I was talking about.

Senator Anderson: You did say it was railroaded through.

Mr. Somerville: Yes.

Senator Marshall: There were three briefs which were fairly hard to follow. I still do not know what thrust they are making. Would Mr. Brown or the doctor tell us what kind of help they are seeking from us?

Mr. Brown: I would be glad to take two seconds to say that what we would hope for, as I said in my remarks, is that this could be examined further, because I think our doctor has pointed out that we do not have a good system, and, before we make it worse, we should have it well examined. We know that the Senate can hold things up so that a lot of this information that is around can get to the members of Parliament and to senators and to the rest of the country.

Senator Marshall: The doctor was in England practising and now he is over here practising, and he is saying that socialized medicine is no good. I know thousands of people in Newfoundland who never saw a doctor. I wonder why, if there is so much dedication to the profession, you cannot get a doctor to go the isolated parts of Canada to help people.

[Traduction]

leur tour les renseignements au cabinet. A notre avis, c'est là la démocratie véritable. Il y a une foule de choses qui se produisent au Canada qui ne sont pas pleinement rapportées par les médias. Tel est donc notre projet, et je ne vous ennuierai pas avec les nombreux cas que je pourrais vous citer à ce sujet. Nous ne voulons pas critiquer les sénateurs. Nous espérons que le Sénat deviendra plus grand et plus fort parce que nous craignons que sans lui, nous nous acheminions vers la dictature ou peut s'en faut—comme le disait M. Pearson quand il était premier ministre.

Le vice-président: Sénateur Anderson?

Le sénateur Anderson: Aurons-nous des exemplaires de ces mémoires, notamment de celui qui n'était pas terminé.

M. Brown: Oui, nous avons des exemplaires pour tout le monde.

Le sénateur Anderson: A un endroit, il dit qu'on a essayé de faire voter en vitesse le projet de loi avec le consentement de tous les partis. J'aimerais savoir exactement quelle était la formule utilisée, car il semble qu'elle ait été acceptée par tous les partis. Je voudrais que cette question soit éclaircie.

M. Somerville: Puis-je répondre à cela?

Le vice-président: Oui.

M. Somerville: Je parlais de la tactique qui a été utilisée, et dont vous avez sûrement entendu parler, quand un certain nombre de groupes, notamment l'Association médicale canadienne et l'Association médicale de l'Ontario—les deux plus grands groupes médicaux du pays—ont voulu comparaître devant le Comité de la Chambre des communes à ce sujet. D'abord M^{me} Bégin a refusé de laisser quiconque nous parler. Après de vives protestations, elle s'est finalement rétractée et nous a laissé témoigner. C'est le genre d'attitude auquel je faisais allusion.

Le sénateur Anderson: Vous dites qu'on a cherché à faire voter en vitesse le projet de loi.

M. Somerville: Oui.

Le sénateur Marshall: Il y avait trois mémoires qui étaient assez difficiles à suivre. Je ne sais pas quel sort leur a été réservé. M. Brown ou le docteur pourraient peut-être nous dire quel type d'aide ils cherchent à obtenir de nous?

M. Brown: Je serais heureux de prendre deux secondes pour dire que nous espérons, comme je l'ai déjà signalé, que le projet de loi pourra être examiné avec plus d'attention; je pense que notre médecin a indiqué que nous n'avions pas un bon système et qu'avant de l'empirer, nous devrions nous assurer qu'il est bien étudié. Nous savons que le Sénat peut suspendre les choses de sorte que tous les renseignements qui circulent se rendent aux députés et aux sénateurs ainsi qu'au reste du pays.

Le sénateur Marshall: Le docteur, qui a exercé en Angleterre et exerce maintenant ici, dit que la médecine socialiste n'est pas une bonne chose. Je connais des milliers de personnes à Terre-Neuve qui n'ont jamais vu de médecin. S'il existe un tel dévouement face à la profession, je me demande pourquoi

[Text]

Dr. Munro: I am really not quite sure of the pertinence of that question. Where people go is usually a very personal thing. They like the climate; they like the country; or they like the people.

Senator Marshall: They like the money.

Dr. Munro: Not necessarily. I have many colleagues who have gone to underdeveloped places to work and money is not an object. Some of the brightest people in the United States and in the universities of this country are working on very limited salaries. That is true dedication. They could make much more money in private practice. The reason there are so many doctors still in this country is that we are interested in this country. It would be very easy for many people to cross the border and triple their salaries, but they do not want to do it.

Senator Marshall: There are doctors, however, who will go first to Newfoundland, where there is a shortage of doctors. They will stay there only long enough to become eligible to remain in Canada. They will serve out that period of time, only to take off to Toronto, Montreal or Vancouver. So do not tell me that there is dedication. I agree with you wholeheartedly that many people are not receiving services, but that is not the fault of the system.

I also do not agree with some parts of the bill, but I think that the approach must be on more of a neighbourly basis. We are here to help.

Senator Bosa: Mr. Chairman, I have two brief questions which I direct to Dr. Munro. First, why would the National Citizens' Coalition speak in such pejorative terms about civil servants? What would we do without them? If we did not have civil servants to serve the country, what would we do?

Secondly, Dr. Munro has spoken of the lack of facilities and has stated that, in Canada, we do not have the facilities that the United States has. According to my information, some statistics indicate that in Canada there are five beds per thousand people, which is a higher percentage than that of America or England.

Dr. Munro: In answer to the second part of your question, sir, you are quite right in terms of what the statistics show. The problem, however, is that in Canada there are no chronic care hospitals. Our acute bed hospitals, which that statistic relates to, are filled. In the Toronto Gen Hospital, 75 per cent of the beds in the neurology ward are occupied all of the time by people who should be in chronic care facilities. This negates the sort of statistic that you mentioned.

Senator Bosa: How does the Canadian situation compare with that of the United States? Are there chronic care facilities in the U.S.?

[Traduction]

aucun médecin ne va exercer dans les coins reculés du Canada pour y aider les gens.

M. Munro: Je ne suis pas tout à fait certain de la pertinence de cette question. Décider d'aller dans tel ou tel endroit est une question très personnelle. On aime le climat, le pays, ou la population.

Le sénateur Marshall: Ou l'argent.

M. Munro: Pas nécessairement. J'ai de nombreux collègues qui sont allés travailler dans des pays sous-développés et l'argent n'était pas la question. Certains des plus brillants médecins aux États-Unis et dans les universités de notre pays travaillent moyennant des honoraires bien limités. C'est vraiment du dévouement. Ils pourraient faire beaucoup plus d'argent en exerçant dans le privé. S'il y a encore autant de docteurs au Canada, c'est qu'ils s'intéressent à ce pays. Il serait très facile à nombre d'entre eux de traverser la frontière et de tripler leurs salaires mais ce n'est pas ce qu'ils souhaitent faire.

Le sénateur Marshall: Mais il y a des médecins qui se rendront d'abord à Terre-Neuve, où il y a une pénurie. Ils y demeurent assez longtemps pour avoir le droit de rester au Canada. Ensuite, ils partiront pour Toronto, Montréal ou Vancouver. N'essayez donc pas de me faire croire au dévouement. Je reconnais parfaitement que de nombreuses personnes ne reçoivent pas de services, mais ce n'est pas à cause du régime lui-même.

Je ne suis pas d'accord non plus avec certaines parties du projet de loi, mais je pense que l'approche doit être plus amicale. Nous sommes ici pour aider.

Le sénateur Bosa: Monsieur le président, j'ai deux petites questions que j'aimerais poser au docteur Munro. Premièrement, pourquoi la Coalition nationale des citoyens parle-t-elle péjorativement des fonctionnaires? Que ferions-nous sans eux? Que ferions-nous si nous n'avions pas de fonctionnaires pour servir le pays?

Deuxièmement, le docteur Munro a parlé du manque d'installations, signalant que nous n'avions pas les installations dont disposent les États-Unis. Selon certaines statistiques, au Canada, il y a cinq lits d'hôpitaux par millier d'habitants, ce qui est plus élevé qu'aux États-Unis ou qu'en Angleterre.

M. Munro: Pour ce qui est de votre deuxième question, Monsieur, vous avez raison au sujet des statistiques. Le problème, toutefois, c'est qu'au Canada, il n'y a pas d'hôpitaux pour malades chroniques. Nos hôpitaux pour soigner les patients atteints de maladies aiguës, auxquels se rapportent les statistiques, sont remplis. À l'hôpital général de Toronto, 75 p. 100 des lits de la salle de neurologie sont occupés en permanence par des personnes qui devraient se trouver dans des centres pour malades chroniques. Cela invalide les statistiques que vous avez mentionnées.

Le sénateur Bosa: Comment se compare la situation du Canada avec celle des États-Unis? Y a-t-il des centres de soins pour malades chroniques aux États-Unis?

[Text]

Dr. Munro: Yes, there are many more chronic care facilities in the U.S. In America the acute beds are filled by that sort of patient.

Senator Bosa: Do you have an answer to my first question? There are doctors employed by the government who render services where no other doctor wants to do. Doctors employed by the government will go to the north of Canada and to other places where free-lance doctors will not go. Why should anyone want to denigrate those people who are providing such valuable services in outlying areas?

Dr. Munro: I am not really denigrating the civil servant, senator. I am trying to emphasize that we, as members of the medical profession, have been trained to work to the maximum of our capacity. It becomes very frustrating to have to apologize or say that we cannot deliver what we have been trained for. I think that the reference to the civil service should be dropped. There are superb civil servants who work very hard. I think that any civil servant in this day and age who could not have a stenographer, a typewriter or a computer would be extremely frustrated. This is the relevance to the medical profession.

The Deputy Chairman: Honourable senators, I would like to thank the witnesses—

Senator Muir: Mr. Chairman, I have had my hand up several times.

As a poor, little guy who came out of the coal mines of Cape Breton and started to work for a buck a day, may I be so bold as to address Dr.—What is his name? I did not get it.

The Deputy Chairman: Dr. Munro.

Senator Muir: Being from Britain myself, although I got out of there a little earlier than he did, may I ask Dr. Munro a question about the picture he painted in terms of hospitals in Toronto? I am sure he is familiar with the Victoria Gen Hospital in Halifax. Does the same situation exist in that institution?

Dr. Munro: Yes. In fact, sitting at the back of this room today is the professor of cardiac surgery of London, Ontario. He told me only this afternoon that the statistics I have quoted for Toronto are worse in London, Ontario. They are much worse in Vancouver. They are worse in Halifax and in Quebec. Toronto is one of the better served cities.

Senator Muir: In your opinion, what has caused this in Halifax?

Dr. Munro: I think it is caused by the underfunding.

Senator Muir: I have known coal miners, steel workers and cab drivers who did not have any money—not like the “fat politicians”—but who were able to have open heart surgery in Halifax. I just wonder how they were able to do so?

Dr. Munro: I understand what you are saying, senator, but it is extremely frustrating for a doctor. If you have 10 people on a waiting list and one of them dies, as a doctor—as

[Traduction]

M. Munro: Oui, il y en a beaucoup plus aux États-Unis qu'au Canada. En Amérique, les lits pour les patients atteints de maladies aiguës sont occupés par les malades chroniques.

Le sénateur Bosa: Avez-vous une réponse à ma première question? Il y a des médecins recrutés par le gouvernement qui acceptent d'exercer là où aucun autre médecin ne veut aller. Les médecins du gouvernement vont dans le Nord canadien et dans d'autres endroits où ceux qui exercent dans le privé n'iraient pas. Pourquoi quiconque voudrait-il dénigrer ces personnes, qui fournissent d'aussi précieux services dans des régions éloignées?

M. Munro: Je ne dénigre pas les fonctionnaires, sénateur. J'essaie de souligner qu'en tant que membres de la profession médicale, nous avons été formés pour travailler au maximum de nos capacités. Il devient très frustrant d'avoir à s'excuser ou d'entendre dire que nous ne pouvons faire ce pourquoi nous avons été formés. Je pense qu'il faudrait laisser tomber l'allusion à la fonction publique. Il y a des fonctionnaires formidables, qui travaillent très fort. Tout fonctionnaire de notre époque moderne qui n'aurait pas de sténographes, de machine à écrire ou d'ordinateur en serait extrêmement frustré, je pense. Voilà comment cela est relié à la profession médicale.

Le vice-président: Honorables sénateurs, j'aimerais remercier les témoins.

Le sénateur Muir: Monsieur le président, j'ai levé plusieurs fois la main.

En tant que pauvre petit gars sorti des mines de charbon du Cap Breton et qui a commencé à travailler pour un dollar par jour, serais-je assez audacieux pour m'adresser au docteur, dont je n'ai pas saisi le nom—

Le vice-président: Le docteur Munro.

Le sénateur Muir: Étant moi-même de Grande-Bretagne, bien qu'ayant quitté ce pays un peu plus tôt que lui, pourrais-je poser au docteur Munro une question concernant la situation qu'il a dépeinte relativement aux hôpitaux à Toronto? Je suis sûr qu'il connaît l'Hôpital général Victoria de Halifax. La même situation y existe-t-elle?

M. Munro: Oui. En fait, siége à l'arrière de cette salle aujourd'hui le professeur de chirurgie cardiaque de London, en Ontario. Il m'a dit cet après-midi seulement que les statistiques que j'ai citées pour Toronto sont encore pires pour London. Elles sont encore bien pires pour Vancouver et pires pour Halifax et Québec. Toronto est l'une des villes les mieux desservies.

Le sénateur Muir: À votre avis, qu'est-ce qui a causé ce problème à Halifax?

M. Munro: Je pense que c'est le sous-financement.

Le sénateur Muir: Je connais des employés de mines de charbon, des travailleurs de taxi qui n'avaient pas d'argent, contrairement aux gros politiciens, et qui ont pu se faire opérer à cœur ouvert à Halifax. Je me demande simplement comment ils ont pu y parvenir?

M. Munro: Je comprends ce que vous dites, sénateur, mais la situation est extrêmement frustrante pour un médecin. Si vous avez une liste d'attente de dix personnes et que l'une

[Text]

someone who is extremely concerned about people—it is extraordinarily frustrating. We would love to be able to treat people when they really need it. The system is rationing our ability to deliver health care.

Senator Muir: I have no doubt, sir, that you are sincere in what you are putting forward, but do you really think that you can approach anybody, no matter where he might be—on the street, in a committee or elsewhere—in such an aggressive manner? I think you have some good points, but surely there must be a way of expressing them other than what has been done to date by means of newspaper advertising and so forth. As Senator Marshall has said, you are undoubtedly dedicated. I ask you why there are outlying areas of this country where doctors simply do not want to go. They want to crowd into the metropolitan areas. The old days when doctors tried to be helpful are over. I am sure you are aware that in some locations on a weekend you cannot find a doctor. I am sure you are aware of that, are you not?

The Deputy Chairman: I would ask Dr. Munro to be very brief in his reply because we have yet to hear from another witness and we are running approximately 20 minutes behind schedule.

Senator Muir: I realize that our chairman is trying to cut us off.

Senator Asselin: No.

The Deputy Chairman: I thank you very much for your appearance, gentlemen. We regret the interruption but we are trying to run to a schedule today, this being our last day of hearings.

Mr. Brown: Thank you, Mr. Chairman, it has been a privilege.

The Deputy Chairman: Mr. Castonguay, the former Minister of Social Affairs from the province of Quebec, is our next witness. He will make a brief opening statement and will then be available for questioning. Please proceed, Mr. Castonguay.

M. Castonguay: Merci, monsieur le président; je voudrais vous remercier d'avoir accepté de m'entendre. Je voudrais vous dire que je suis ici purement à titre personnel et en tant que ex-ministre de la Santé de la province de Québec au moment où nous avons implanté l'assurance-maladie et apporté un certain nombre de changements dans le système de soins du Québec.

Depuis 1973, j'ai eu l'honneur d'être président du conseil d'administration de l'hôpital d'enseignement de l'université Laval. J'ai pu voir, du point de vue d'un hôpital d'enseignement spécialisé, comment les choses se déroulaient.

Depuis quelques années, je suis président d'une fondation qui recueille des fonds pour ce même hôpital.

Alors, c'est le seul et unique intérêt que j'ai dans le monde de la santé. Je suis complètement retiré, je n'ai aucun intérêt personnel; c'est simplement à titre d'ex-ministre que je suis ici.

Je ne veux pas aborder l'étude du projet de loi d'un point de vue bien technique. J'aimerais plutôt faire un certain rappel, avec votre permission, et vous faire certains commentaires,

[Traduction]

d'entre elles meure, cela est extrêmement frustrant pour un médecin, c'est-à-dire pour quelqu'un qui se soucie des gens. Nous aimerions pouvoir traiter les gens quand ils en ont vraiment besoin. Le système rationne notre capacité d'administrer des soins de santé.

Le sénateur Muir: Je ne doute pas de votre sincérité, monsieur, mais pensez-vous vraiment pouvoir aborder quelqu'un, où qu'il soit, dans la rue, dans un comité ou ailleurs, de manière si agressive? Je trouve que vous avez de bonnes idées, mais il doit certainement y avoir une autre façon de les exprimer que par de la publicité dans les journaux et ainsi de suite. Comme le sénateur Marshall l'a dit, vous êtes certainement dévoué. Mais je vous demande pourquoi il y a des régions éloignées de notre pays où aucun médecin ne veut aller. Ils s'entassent tous dans les régions métropolitaines. Le bon vieux temps où les médecins cherchaient à se rendre utiles est bien révolu. Je suis sûr que vous êtes conscient du fait que dans certains endroits il est impossible de trouver un médecin en fin de semaine. Vous en êtes conscient n'est-ce pas?

Le vice-président: Je demanderais à M. Munro d'être très bref car nous avons un autre témoin à entendre et nous sommes déjà environ vingt minutes en retard.

Le sénateur Muir: Je vois que notre président cherche à nous couper la parole.

Le sénateur Asselin: Non.

Le vice-président: Je vous remercie beaucoup d'avoir témoigné, monsieur. Je regrette cette interruption mais nous essayons de respecter notre horaire aujourd'hui, parce que c'est notre dernière journée d'audiences.

M. Brown: Merci, monsieur le président, du privilège qui nous a été accordé.

Le vice-président: M. Castonguay, ancien ministre des Affaires sociales du Québec, est notre prochain témoin. Après une brève déclaration préliminaire il est disposé à répondre aux questions. Monsieur Castonguay.

Mr. Castonguay: Thank you, Mr. Chairman, for having agreed to hear me. I would like to say that I am here solely in a private capacity and as a former Minister of Health of the Province of Quebec at the time we introduced health insurance and made a certain number of changes in the health-care system in Quebec.

In 1973 I had the honour of being named president of the board of directors of Laval University's teaching hospital. I was able to observe from the point of view of a specialized teaching hospital how things were going.

For some years now I have also been president of a foundation that raises funds for this hospital.

This is therefore my sole and unique interest in the area of health care. I am completely retired, I have no personal axe to grind; I am here simply as an ex-Minister.

I don't want to start out by considering the Bill from an especially technical angle. I would prefer to recall certain matters, with your permission, and make certain comments in

[Text]

compte tenu de l'expérience que j'ai vécue comme ministre de la Santé de 1970 à 1973.

A mon avis, dans l'ensemble, le régime de soins que nous avons au Canada a bien fonctionné. Si on examine les statistiques de santé, je crois qu'elles démontrent une amélioration de l'état de santé de la population impressionnante, une beaucoup plus grande accessibilité aux soins. Dans l'ensemble, je crois que nous avons eu un bon système.

Les coûts ont augmenté, évidemment. Je crois même qu'ils n'ont pas augmenté aussi rapidement que dans un pays comme les États-Unis. Dans l'ensemble, je crois que les gouvernements des provinces qui ont eu la responsabilité d'administrer ce régime se sont bien acquittés de leurs tâches, tâche qui n'est pas facile.

Les régimes d'assurance-maladie ou le "medicare", et d'assurance-hospitalisation que nous avons, ont été établis, à l'origine, par la voie de négociations d'ententes entre le gouvernement fédéral et les gouvernements des provinces, négociations d'ententes entre les gouvernements des provinces et les associations médicales et autres; enfin, ententes entre le gouvernement des provinces et les hôpitaux qui ont été chargés d'appliquer les soins. Donc, dans l'ensemble, un régime fondé sur des négociations où chaque partie était libre de s'engager, dans toute la mesure où il est possible de le faire.

Depuis l'établissement de ces régimes, il est clair que des pressions se sont développées. On a connu la récession des dernières années, avec des réajustements qui ont été pénibles dans bien des secteurs, dans celui de la santé également. On a connu aussi un vieillissement de la population, une augmentation des maladies chroniques qui ont exercé et qui exercent évidemment des pressions sur les ressources existantes.

On a vu, par exemple, une fréquence plus grande de certains types d'accidents. Des pratiques ou des techniques beaucoup plus coûteuses de traiter les gens ont été mises à point. Il est difficile de déterminer dans certains cas comment tous ces soins dispendieux peuvent être apportés à la population.

Enfin, on sait aussi que des nouveaux équipements qui font des merveilles ont été introduits; mais ces équipements, dans bien des cas, sont extrêmement dispendieux. Il se pose donc des problèmes, des problèmes normaux, je crois, de coût d'ajustement du régime.

In order to react to some of these problems, the practice of extra billing has developed in certain provinces, and also the practice of introducing some user fees has been introduced. With regard to extra billing, in my opinion, this is an approach that could at one point limit access to a program such as the one under consideration. If negotiations are properly held with the medical profession, it seems to me that a general practice of extra billing is not a great danger. On the question of user fees, again, if they were widespread, they could limit access to services.

When we introduced the program in Quebec, we did not contemplate user fees. In my opinion, in some cases they could possibly be introduced, if there were clear indications that people were abusing some types of services. However, up until

[Traduction]

the light of my experiences as Minister of Health from 1970 to 1973.

In my opinion the health-care system we have in Canada has functioned well. If we look at the health statistics, I think we will find that they show an impressive improvement in the population's state of health, a much greater access to health care. Over-all, I think we have had good service.

Costs have gone up, obviously. I don't believe they have gone up as fast as they have in a country like the United States. Over-all, I think the provincial governments that have had the responsibility of administering the system have done their job well, and it is not an easy job to do.

The health insurance or Medicare plans and the hospital insurance plans that we have were set up originally through negotiation. Agreements were negotiated between the federal and the provincial governments, between the provincial governments and the medical associations, and so on. Finally, there were agreements between the provincial governments and the hospitals that were made responsible for delivering the care. So, over-all, a system based on negotiation, where each party was free to commit itself, to the extent this was possible.

Since the plans were set up, it has become apparent that pressures are developing. There has been the recent recession, which entailed readjustments that caused hardship in many sectors, including that of health. There is the aging of our population, with the consequent increase in chronic illness, which has been putting and is continuing to put obvious strains on existing resources.

Certain types of accidents, for example, are occurring more often. Much more expensive practices and techniques for treating people have been perfected. It is hard to decide in certain cases how all this expensive care be delivered to the public.

We know too that new miracle-working equipment has been introduced; but this equipment is in many cases extremely expensive. Problems have therefore arisen, normal problems, I would say, of the costs of adjusting the system.

Je voudrais réagir à certains des problèmes soulevés. La surfacturation ainsi que l'imposition de frais modérateurs est apparue dans certaines provinces. En ce qui concerne la surfacturation, c'est à mon avis une solution qui pourrait, à un moment donné, limiter l'accès à un programme semblable à celui à l'étude. Mais si les négociations avec les médecins sont bien menées, cette pratique ne risque pas de se généraliser, à mon avis. Pour ce qui est du ticket modérateur, s'il se répandait, il pourrait limiter l'accès aux services.

Lorsque nous avons introduit le programme à Québec nous ne pensions pas imposer de ticket modérateur. Dans certains cas, sans doute, il pourrait être appliqué, par exemple lorsqu'il est prouvé que les gens abusent de certains services. Mais je

[Text]

now I do not believe that has been a general problem across the country.

Obviously, there are problems with respect to accessibility, and Bill C-3 was intended to correct them. If Bill C-3 had limited itself to that question, there would probably have been a good point in having this kind of legislation adopted. But it goes far beyond that—and this is the point that I would like to raise here and it explains the fact that I asked to be heard. It seems to me that the bill introduces a whole new approach. The system whereby the federal government entered into agreements with the provinces is being replaced by a much more rigid system, under which a list of compulsory services is established, and if a province, for reasons that could be valid, is not able to provide all of those services, then there could be some penalties imposed.

On the question of negotiation with doctors, I have seen the development of various programs in all of the provinces, and each province has approached this question of negotiation in its own way. At times there has been friction in some provinces, but that is a part of normal negotiation. This legislation is introducing a whole new approach. It will open the door to compulsory arbitration. Compulsory arbitration is an approach that, in my opinion, does not fit well with the responsibilities that governments have in the spending of public funds. It is a method that is not all that widespread, in any event, even in the private sector. If it were such a good system, it seems to me that it would be a lot more widespread.

Moreover, it changes the approaches that have been developed over the years. The negotiation with the medical profession does not seem to me to have created many problems, so far as I know. There are new provisions introduced for the delivery of services outside a province. The procedures, if I understand them properly, could be very cumbersome.

Finally, it seems to me that the provinces have applied their program in a fairly efficient way. I do not believe that any province has really tried to limit access to medical care, and I do not believe that they deserve a bill such as this, which will penalize them if they do not do exactly what is being prescribed in the legislation.

That is all I have to say, Mr. Chairman. It seems to me that this bill runs the risk of modifying very basically a system which has worked quite well as compared to systems existing in other countries.

The Deputy Chairman: Thank you, Mr. Castonguay.

Le sénateur Hébert: M. Castonguay, vous avez semblé montrer une certaine complaisance à l'égard des frais modérateurs des hôpitaux, qui ne sont peut-être pas très considérables dans le moment. Justement, est-ce que vous pensez que ce n'est pas une part tout à fait insignifiante du budget de l'assurance-santé? C'est en fait presque sans importance et il faudrait peut-être mieux en arrêter la tendance et la tentation.

M. Castonguay: Monsieur le sénateur, si les frais modérateurs risquaient de devenir très répandus, il me semble que cela se serait produit plus tôt. Il y a maintenant presque 20 ans

[Traduction]

crois que jusqu'à aujourd'hui il n'y a pas eu de problèmes de ce genre dans notre pays.

Mais de toute évidence il y a des problèmes d'accessibilité et le projet de loi C-3 devait y remédier. Si on s'était contenté de régler cet unique problème, on pourrait certainement avancer de bons arguments en faveur de l'adoption de cette loi. Mais celle-ci va bien au-delà et c'est le sens de mon intervention, comme c'est aussi la raison pour laquelle j'ai demandé à être entendu. Il me semble que ce projet de loi bouleverse complètement le système établi, qui prévoyait la conclusion d'ententes entre le gouvernement fédéral et les provinces. On veut le remplacer par une formule beaucoup plus rigide qui fixera la liste des services qu'une province sera obligée d'offrir, sous peine d'amende, même si, pour des raisons valables, elle était incapable de les offrir tous.

En ce qui concerne les négociations avec les médecins, j'ai suivi l'élaboration des programmes dans toutes les provinces et chacune d'elles a procédé à sa façon. Certaines ont connu des frictions, mais cela fait partie d'une négociation normale. Le projet de loi à l'étude introduit une toute nouvelle dimension, puisqu'il ouvre la porte à l'arbitrage exécutoire. C'est une solution qui, à mon avis, n'est pas vraiment compatible avec les responsabilités des gouvernements en matière de dépense de fonds publics. Sans compter que, de toute façon, cette solution est loin d'être répandue, même dans le secteur privé. Or, si elle était si merveilleuse, ne serait-elle plus généralisée?

Ce projet de loi modifie nos façons traditionnelles d'aborder la question alors que en autant que je sache, les négociations avec les médecins ne semblent pas avoir vraiment posé de problèmes. Il comporte aussi de nouvelles dispositions régissant les services dispensés en dehors de la province. De plus, les procédures prévues si je les comprends bien, pourraient être fort encombrantes.

Enfin, il me semble que les provinces ont appliqué leur programme de façon assez efficace. Je ne crois pas qu'aucune province ait vraiment voulu limiter l'accès aux soins médicaux et j'estime donc qu'elles ne méritent pas de se faire imposer une loi comme celle-ci qui les pénalisera si elles ne s'y conforment pas à la lettre.

Voilà ce que j'avais à dire, monsieur le président. En résumé ce projet de loi risque de bouleverser un système qui a très bien fonctionné comparativement aux systèmes en vigueur dans d'autres pays.

Le vice-président: Merci, monsieur Castonguay pour le mémoire que vous avez déposé.

Senator Hébert: Mr. Castonguay, you seemed to indicate a certain acceptance of the idea of hospital user fees, which are perhaps not very extensive at the moment. Do you in fact think that this is not an insignificant part of the health-insurance budget? It's of virtually no importance and it might perhaps be better to put a stop to the trend and the temptation.

Mr. Castonguay: Senator, if user fees were likely to become very widespread, I think it would have happened before now.

[Text]

que nous avons l'assurance-hospitalisation et plus que de 15 ans que nous avons l'assurance-maladie.

Si un gouvernement faisait trop appel aux frais modérateurs, il me semble que, immédiatement, l'opposition aurait un point extrêmement valable et que l'équilibre serait assez rapidement rétabli. Je ne crois pas qu'ils doivent être utilisés de façon générale. Je suis bien d'accord sur ce plan là.

Dans certains cas précis, il se pourrait qu'ils soient utiles. Par exemple, lorsque j'étais au Centre hospitalier de l'université Laval, nous avions énormément de gens qui venaient aux cliniques d'urgence le soir alors qu'ils auraient pu se présenter dans le jour. Dans le fond, elles créaient une pression qui rendaient les soins plus difficiles pour des malades qui avaient vraiment des cas d'urgence. Les gens s'y rendaient quand même, parce qu'il n'y avait absolument rien pour les en empêcher.

On aurait pu leur dire que le soir, à la clinique d'urgence, c'est vraiment pour des cas d'urgence; si vous n'êtes pas capable de venir dans le jour ou à d'autres moments, vous aurez peut-être à payer un petit montant minime.

Je donne ceci à titre d'exemple. Je ne crois pas que cela doit être répandu encore, je le répète. Ce n'est pas cela qui est tellement mon point sur ce projet de loi. C'est qu'à mon avis, il change plus fondamentalement toute la base sur laquelle notre système de santé a été établi au Canada.

Le sénateur Hébert: Merci, monsieur le président.

Le sénateur Flynn: Croyez-vous, M. Castonguay, qu'il y aurait une possibilité qu'une solution soit trouvée dans l'immédiat à ce problème? Quelle serait l'alternative, si vous voulez, à ce projet de loi C-3, dans le moment, à court terme, relativement?

M. Castonguay: Je n'en connais pas. C'est assez difficile pour moi de répondre à cette question.

Je sais fort bien que le projet de loi a été adopté en troisième lecture par la Chambre des communes. On me dit qu'il a été adopté à l'unanimité. C'est assez difficile d'aller à l'encontre du vote unanime de la Chambre des communes, j'en suis bien conscient.

Il me semble que l'application du projet de loi pouvait être suspendue pour un temps—je ne sais pas si c'est possible—il y aurait lieu d'examiner certains des problèmes réels qui existent. Il y a certains des problèmes d'accès aux soins qui sont en voie de devenir assez sérieux, qui devront être abordés mais sûrement pas par une approche où l'on veut pénaliser les provinces si elles ne font pas telle ou telle chose. Je ne crois pas que cela soit l'approche, ce sont des problèmes plus profonds que cela.

Le sénateur Flynn: La semaine dernière, nous avons eu l'avantage d'entendre tous les ministres provinciaux ou leurs représentants. Je pense que dans le cas du Manitoba, le ministre était venu une semaine plus tôt.

La plupart ont critiqué le projet de loi de la même façon que vous le faites. Ils ont aussi exprimé l'avis que si une rencontre était possible avec le ministre de la Santé du gouvernement

[Traduction]

We've had hospital insurance for almost 20 years and health insurance for over 15.

If a government leaned too heavily on user fees, it seems to me that this would immediately hand the opposition an extremely valuable weapon and that equilibrium would be restored pretty rapidly. I don't think they should be used as a general rule, I agree with you there.

In certain specific situations they might be useful. For example, when I was with the Centre hospitalier de l'université Laval *Laval University's hospital centre*, we had enormous numbers of people coming to the emergency ward in the evening who could have come during the day. Essentially they created a log-jam that made it harder to care for the real emergencies. People came despite that because there was nothing to stop them.

We could have said to them that evening hours at the emergency clinic are reserved for real emergencies, and if you can't come during the day or at some other time you may have to pay a minimal fee.

I give this as an example. I don't think it's a practice that should spread. That's not really my point with respect to this Bill. My opinion is that it changes more fundamentally the entire basis on which our health-care system in Canada was established.

Senator Hébert: Thank you, Mr. Chairman.

Senator Flynn: Do you believe, Mr. Castonguay, that there may be a possibility of a solution to this problem being found in the immediate future? What would be the alternative, if you will, to Bill C-3 at the moment, in the relatively short term?

Mr. Castonguay: I don't know of one. It's rather a hard question for me to answer.

I'm well aware that the Bill was passed at Third Reading by the House of Commons. I'm told it passed unanimously. It's pretty difficult to go against a unanimous vote of the House of Commons, I realize that.

It seems to me that if the application of the Bill could be suspended for a time—I don't know if that's possible—certain real problem areas could be examined. There are certain problems regarding access to care which are starting to become quite serious and which should definitely be tackled, but surely not by an approach that inflicts penalties on the provinces if they don't do thus and so. I don't believe that should be the approach, the problems go deeper than that.

Senator Flynn: Last week we had the opportunity of hearing all the provincial ministers or their representatives. I think in the case of Manitoba the Minister came a week earlier.

Most of them criticized the Bill on the same grounds as you have done. They also expressed the opinion that if a meeting were possible with the federal Minister of Health it might result in an acceptable solution being found.

[Text]

fédéral, peut-être une solution acceptable pourrait être trouvée.

C'est surtout dans cette optique que je vous demandais votre avis. Vous avez déjà participé à des négociations avec le gouvernement fédéral.

M. Castonguay: Mon expérience c'est que, une fois la loi adoptée, à plus ou moins court terme elle vient à être appliquée.

Le sénateur Flynn: Oui, bien, on ne parle pas d'adopter complètement, parce qu'elle n'a pas encore été adoptée par le Sénat. Je parle au stade de la procédure, si vous voulez. Elle a été adoptée aux Communes hier après-midi, mais le Sénat n'en n'est pas encore saisi. Mais, je veux dire que, s'il y avait un délai, si vous voulez, dans l'adoption par le Sénat de ce bill pour permettre une rencontre entre les ministres provinciaux et M^{me} Bégin, croyez-vous que ce serait utile?

M. Castonguay: Je pense bien que c'est à force de discuter et de négocier que l'on peut venir à se comprendre et à s'entendre. Mais, dans ce sens-là, peut-être que ce sera utile.

Le sénateur Flynn: En fait, les ministres provinciaux se sont surtout plaints de l'absence de consultation préalable, et surtout d'une consultation collective; c'est-à-dire que M^{me} Bégin a rencontré les ministres un à un, si je suis bien informé, au lieu d'avoir une rencontre collective et discuter des objections venant des provinces, surtout des ministres spécialement responsables du programme.

Le sénateur Asselin: Une question supplémentaire. Le fédéral en imposant, comme vous le laissez entendre, certaines formules de négociation dans les conventions collectives, pouvant aller jusqu'à l'arbitrage obligatoire, est-ce que, d'après vous, ce n'est pas une atteinte aux droits constitutionnels des provinces en ce qui regarde les négociations de travail?

M. Castonguay: D'abord, je crois que le texte n'impose pas littéralement l'arbitrage, ou la consultation.

Le sénateur Asselin: Oui, l'article 12.

M. Castonguay: Mais la porte étant ouverte, si les négociations deviennent difficiles, évidemment qu'un groupe, que ce soit un groupe de médecins ou un autre, demandera l'arbitrage obligatoire. Alors c'est dans ce sens-là que l'on introduit, il me semble, l'arbitrage obligatoire. Je pense que l'on introduit ainsi un nouveau mécanisme dans le monde des négociations qui, si ma connaissance est correcte, je ne suis pas un avocat, mais pour des questions comme celle-ci, c'est un domaine où normalement les règles touchant la négociation sont établies par les gouvernements des provinces.

Le sénateur Flynn: Le fédéral n'est pas partie, d'ailleurs, de l'entente concernant les médecins.

Le sénateur Asselin: Ce sont les provinces, évidemment, en vertu du régime de négociations collectives faites avec leurs médecins et leurs hôpitaux, et le fédéral semblerait, en vertu de l'article 12, vouloir indirectement intervenir au cas où il n'y aurait pas d'entente. Est-ce que, d'après vous, ce serait une cause suffisante pour que les provinces puissent contester la constitutionnalité de cette partie de la loi devant la cour?

Vous dites non.

[Traduction]

It was from this perspective that I asked your opinion. You've taken part in the past in negotiations with the federal government.

Mr. Castonguay: My experience is that once a law has been passed, sooner or later it will be applied.

Senator Flynn: Yes, well, we're not talking about something that's been completely passed, since it hasn't been passed by the Senate. I'm speaking at the procedural stage, if you will. It was passed yesterday afternoon in the Commons, but the Senate has not yet been seized of the matter. But what I mean is, if there were a delay, if you will, in passage of this Bill by the Senate so that the provincial Ministers could meet with Mrs. Bégin, would that in your view be useful?

Mr. Castonguay: In my view it's through discussion and negotiation that we come to understand each other and reach agreements. But in that way perhaps it would be useful.

Senator Flynn: What the provincial Ministers chiefly objected to was the absence of prior consultation, and especially of a collective consultation; that is, Mrs. Bégin met the ministers one at a time, if my information is correct, instead of having a group meeting and discussing the objections voiced by the provinces, especially by the ministers responsible for the program.

Senator Asselin: A supplementary question. By imposing, as you say, certain negotiating formulas in collective agreements, right up to binding arbitration, is the federal government not infringing, in your opinion, on the constitutional rights of the provinces with respect to labour relations?

Mr. Castonguay: First of all, I believe the text does not literally impose arbitration or consultation.

Senator Asselin: Yes, in clause 12.

Mr. Castonguay: But the door being open, if negotiations become difficult obviously one group, whether the doctors or some other group, would demand binding arbitration. That's the spirit in which binding arbitration is introduced, it seems to me. I think a new mechanism is indeed being introduced into the field of negotiation which, to the best of my knowledge—I'm not a lawyer—but on issues like this, it's an area where the rules on negotiation are normally established by the provincial governments.

Senator Flynn: The federal government is not in fact a party to the agreement with the doctors.

Senator Asselin: Yes, the provinces, obviously, under the collective negotiations system *reach agreements*? with their doctors and their hospitals, and now the federal government appears under the provisions of clause 12 to want to intervene indirectly in cases where an agreement is not reached. In your view, would this be sufficient cause of the provinces to test the constitutionality of this part of the Bill before the courts?

You say not.

[Text]

Senator Wood: I do not think it is constitutional, but I am not a lawyer.

Senator Marshall: The witness cited an example of people coming to see the doctor in the evening when it was unnecessary. Would he explain that example?

Mr. Castonguay: As with most examples, it was probably not the best one. I was trying to identify a situation where user fees could be used to prevent people from taking advantage of medicare. I was Chairman of the Board of Laval University's Teaching Hospital. We had a very busy emergency clinic. People who could have gone to the outpatient clinic were coming in the evening to the emergency clinic. Perhaps some of them worked during the day. However, in some cases it seemed to me that, if people were told they were using resources that were reserved for emergency cases and would have to pay an extra amount, those people might plan their visits differently without being denied access to free care. That was my point.

Senator Marshall: Have you ever found the opposite to be true? For example, a doctor, who may previously have given patients a 30 day prescription for pills, begins giving out weekly prescriptions so that the patient will come back four times in the same period and the doctor will collect extra charges?

Mr. Castonguay: There has been, as with all these systems, some abuse on the part of doctors as well as of patients. I do not think it is widespread and fundamentally I think our system works well.

Senator Bosa: In your opening remarks you stated that extra billing and user fees were not a general problem in Canada. Statistics show that from 1977 to the end of 1983 the amount of extra billing and user fees had quintupled, if not multiplied by ten. I also understand that in Quebec the implementation of user fees was being considered. As a former minister of health, are you in a position to indicate whether or not that was the case?

Mr. Castonguay: If I understand your question properly, it deals with the development or introduction of extra billing and user fees. In a given year it has been estimated that these fees do not exceed \$200 million across the country. While it is a problem, it is not a major one, in comparison to the billions of dollars which go into health services. That was the point I was trying to make. Since the population is aging, people are getting older, there are more and more chronic patients. It is becoming more difficult to find places in which to place these people in order to provide them with the proper care. More expensive procedures are being developed. The question arises as to who is eligible to receive these procedures and who is not. These are difficult questions to deal with. In my opinion, I do not think they can be addressed by a punitive approach.

Senator Bosa: What about the other part of the question? Was Quebec planning extra charges?

[Traduction]

Le sénateur Wood: Je crois que cela est inconstitutionnel, mais je ne suis pas avocat.

Le sénateur Marshall: Le témoin a donné l'exemple de personnes qui veulent inutilement voir un médecin le soir. Pourrait-il expliciter cet exemple?

M. Castonguay: Comme avec la plupart des exemples, celui n'était sans doute pas le mieux choisi. Je voulais simplement illustrer une situation justifiant l'imposition d'un ticket modérateur pour que la population n'abuse pas de l'assurance-santé. J'ai été président du Conseil du Centre hospitalier de l'université Laval. Notre clinique d'urgence était très fréquentée. Certains patients qui auraient pu se présenter à la clinique externe se présentaient, le soir, à la clinique d'urgence. Certains d'entre eux travaillaient peut-être le jour. Quoi qu'il en soit, dans certains cas il m'est apparu que si on informait ces personnes qu'elles se servaient de ressources destinées à des cas d'urgence et auraient donc une somme supplémentaire à payer, elles se seraient arrangées autrement sans pour autant se voir refuser l'accès à des soins gratuits. Voilà où je voulais en venir.

Le sénateur Marshall: Avez-vous jamais trouvé que l'inverse fût vrai? Prenons le cas d'un médecin qui, ayant donné à un patient une prescription pour 30 jours, se mettrait ensuite à la renouveler hebdomadairement, forçant son patient à revenir quatre fois au cours du mois pour percevoir des honoraires supplémentaires?

M. Castonguay: Comme dans tous les systèmes, il y a également eu des abus de la part des médecins. Mais je ne pense pas que ces abus soient fréquents et je crois que dans l'ensemble notre système fonctionne bien.

Le sénateur Bosa: Dans votre déclaration préliminaire vous avez dit que la surfacturation et le ticket modérateur ne sont pas généralisés au Canada. Les statistiques révèlent pourtant que de 1977 à la fin de 1983 les montants perçus au titre de la surfacturation et du ticket modérateur ont quintuplé, sinon décuplé. Je crois aussi savoir qu'au Québec on envisageait d'imposer un ticket modérateur. En qualité d'ancien ministre de la Santé, êtes-vous en mesure de nous indiquer si tel était bien le cas?

M. Castonguay: Si je comprends bien votre question, elle traite de l'apparition ou de l'implantation de la surfacturation et du ticket modérateur. On a estimé qu'au cours d'une année ces honoraires ne dépassaient pas 200 millions de dollars au pays. Il y a peut-être un problème, mais il n'est pas un très important comparativement aux milliards de dollars engloutis par les services de santé. Voilà ce que j'essayais de dire. Puisque la population vieillit, il y a un nombre croissant de malades chroniques. Et il est de plus en plus difficile de trouver des endroits où ces personnes peuvent recevoir les soins nécessaires. Et on met au point des procédures plus coûteuses. La question qui se pose est donc: qui est admissible à recevoir ces services et qui ne l'est pas? Ce n'est pas une question simple à régler. Et à mon avis je pense qu'elle ne peut pas être réglée par des moyens punitifs.

Le sénateur Bosa: Qu'en est-il de l'autre volet de ma question: le Québec songeait-il à un ticket modérateur?

[Text]

Mr. Castonguay: When I was minister we introduced the plan. We said there would be no extra billing or user fees. We said we would negotiate with the medical profession in order to arrive at a proper fee schedule that would provide fair compensation and would place a proper remuneration on each service or procedure. We had an agreement with the medical profession that, if a procedure was being used too frequently and was too expensive, we would ask the medical profession to re-open negotiations in order to adjust the fee. Of course, that worked both ways. In some cases, the medical profession felt that the negotiated fee was not sufficient and asked us to re-open negotiations. We made adjustments as we went along. That is why there was no reason to implement user fees at that time. However, I must say that we probably had a little more room to manoeuvre at that time as opposed to the position governments now find themselves in on account of the recession and other factors.

Senator Bosa: I have one final question, Mr. Chairman. The witness made reference to emergency services being abused, or rather he referred to a great many people visiting emergency services at a certain period of the day. Is that as a result of medical facilities not being available in other places and the fact that emergency services are the most accessible to a would-be patient?

Mr. Castonguay: In some cases that could be so; in other cases some people do not realize what type of pressures hospitals and doctors have to bear at times in order to provide proper services. These would-be patients go to hospitals and not to the proper place through a lack of knowledge or proper information.

Senator Bosa: A study was conducted in Saskatchewan which showed that when a \$1.50 fee was put in place for emergency services the people who were discouraged from going to these places were mostly people who could not afford the fee. These were the poor of the province. On the other hand, the people who attended at these facilities increased—they were mostly middle class people. They were not discouraged from obtaining the service because they could afford to pay the fee.

Mr. Castonguay: When we introduced the program not to use user fees or extra billing, it was this type of evidence which we considered in coming to our decision. However, the point I was trying to get across was that in some cases it might be indicated in the future that they could be used to a limited extent. Now the door will be tightly closed; it will not be possible to introduce them for any reason. I believe in some cases they could still be implemented; however, not in a general way.

Le sénateur Tremblay: Merci, monsieur le président. Si j'ai bien compris votre approche, M. Castonguay, à votre avis, le problème des frais modérateurs ou de la surfacturation ne se pose pas à de telles dimensions que l'on puisse s'en inquiéter outre mesure. Mais à tout prendre, le projet de loi pourrait ne toucher que cet aspect des choses, en faisant, cependant, les nuances que vous avez faites—en n'excluant absolument et catégoriquement, en ne fermant pas absolument la porte à des

[Traduction]

M. Castonguay: Un programme a été introduit lorsque j'étais ministre. Nous avons dit qu'il n'y aurait ni surfacturation ni ticket modérateur et que nous négocierions avec les médecins l'établissement d'un barème d'honoraires prévoyant une compensation équitable pour chacun des services ou chacune des procédures offerts. L'accord avec la profession prévoyait que si une procédure était utilisée trop fréquemment ou était trop coûteuse, nous demanderions de reprendre les négociations pour ajuster les honoraires en conséquence. Et vice et versa, bien entendu. Dans certains cas, par exemple, les médecins estimaient que les honoraires négociés étaient insuffisants, alors ils nous ont demandé de rouvrir les négociations. Les ajustements ont été faits au fur et à mesure. C'est pourquoi il n'y avait aucune raison d'imposer un ticket modérateur à ce moment-là. Je dois ajouter cependant que nous avions probablement à cette époque une marge de manœuvre légèrement supérieure à celle dont disposent aujourd'hui les gouvernements par suite de la récession et d'autres facteurs.

Le sénateur Bosa: J'ai une dernière question, monsieur le président. Le témoin a fait allusion aux services de l'urgence dont on abusait ou plutôt au fait qu'un grand nombre de personnes se rendent aux services d'urgence à un moment défini de la journée. Serait-ce parce que des installations médicales similaires ne sont pas offertes ailleurs et que les services d'urgence sont les plus accessibles au patient éventuel?

M. Castonguay: Dans certains cas peut-être; mais dans d'autres cas la population ne se rend pas compte de la pression à laquelle les hôpitaux et les médecins sont parfois soumis pour dispenser des services adéquats. Ces prétendus patients se présentent aux hôpitaux au lieu d'aller à un endroit plus indiqué, mais le font par ignorance ou manque d'information.

Le sénateur Bosa: Une étude effectuée en Saskatchewan révèle que le fait d'imposer des frais de 1,50 \$ pour l'utilisation des services d'urgence avait surtout décourager ceux qui ne pouvaient se permettre cette dépense, c'est-à-dire les gens pauvres de la province. Par contre un plus grand nombre de personnes provenant de la classe moyenne recouraient à ces services. Elles n'hésitaient pas à demander ce service parce qu'elles avaient les moyens de payer les frais supplémentaires.

M. Castonguay: Lorsque nous avons décidé d'appliquer un programme ne comportant ni ticket modérateur ni surfacturation, c'est précisément sur des faits de ce genre que notre décision s'est fondée. Mais ce que j'essayais de dire c'est que dans certains cas il pourrait être indiqué de s'en servir, à l'avenir, de façon limitée. En ce moment, cette possibilité est totalement exclue et ne saurait être réintroduite sous aucun prétexte. Mais pour certains cas bien précis cela pourrait encore se faire, sans devenir une règle générale.

Senator Tremblay: Thank you, Mr. Chairman. If I have understood you correctly, Mr. Castonguay, in your opinion, user fees and extra-billing are not problems of such major proportions that we should be overly concerned about them. However, all things considered, the bill could deal only with these aspects, provided of course the distinctions you mentioned are included, that is it should not rule out absolutely

[Text]

solutions comme celle que vous avez évoquée, qui exigeraient, ou qui admettraient que certains frais modérateurs puissent être introduits.

Par ailleurs, le projet de loi va beaucoup plus loin que de s'attaquer à ce problème. Vous avez donné l'exemple, entre autres, de l'article 12(2). Est-ce qu'il y a d'autres parties du projet de loi où, à votre avis, il va plus loin que nécessaire? Autrement dit remet-il en cause les fondements du système existant?

Je pense que ce serait intéressant pour le comité si vous pouviez élaborer un peu plus là-dessus et toucher à un, deux, trois ou quatre points à propos desquels, à votre avis, le projet de loi est une remise en cause.

Le sénateur Asselin: Est-ce que vous en avez à suggérer?

Le sénateur Tremblay: C'est pour m'éclairer que j'ai demandé à M. Castonguay d'élaborer sur l'affirmation qu'il a faite.

M. Castonguay: Comme je vous ai dit, je ne suis pas avocat. J'ai lu attentivement le projet de loi. Je crois que j'ai lu quatre ou cinq aspects, qui semblaient changer fondamentalement le régime actuel. Il y a l'établissement d'une liste obligatoire de soins couverts, la négociation; on a introduit l'arbitrage, ou de nouveaux mécanismes: conciliation et arbitrage obligatoires. Il y a la question des soins à l'extérieur, où cela peut devenir très lourd. Les soins non urgents vont être couverts à l'extérieur, et, dans certains cas, l'autorisation du ministre devant être requise au préalable, je vois mal comment cela pourrait être appliqué. Il y a la question des pénalités, alors que nous avons un régime basé sur des ententes. On introduit maintenant le système de pénalité, si telle et telle chose n'est pas faite.

Enfin, la question de l'article 22 sur les renseignements, il me semble n'a pas tellement à faire à cette question de frais modérateurs ou de surfacturation. On demande énormément plus de renseignements, si j'ai bien compris la portée de cet article-là, que ce n'est le cas présentement.

Ce sont les cinq points que j'ai identifiés en examinant le projet.

Le sénateur Tremblay: Par ailleurs, à votre avis il y a des questions fondamentales qu'il faudrait se poser, compte tenu des changements dans la situation des collectivités au point de vue des soins de santé, qu'il faudrait, par conséquent, étudier de façon à faire face aux nouveaux problèmes qui se posent.

Compte tenu de tout cela, j'ai bien compris que vous indiquiez tout à l'heure qu'un temps d'étude plus approfondie serait vraiment requis pour que ce projet de loi lui-même soit un peu nettoyé de ce qu'il a d'excessif, et l'article 22, entre autres. Je suis bien d'accord avec vous qu'il y a de nouvelles tendances,—je ne suis pas surpris que cela se soit produit;—donc, il y a épuration qui promet, d'une part, et, d'autre part, une chose encore plus fondamentale, la question plus large de l'adaptation des programmes de santé aux nouvelles conditions dont vous avez mentionné certains aspects: la distance des populations, etc., etc., et que cela se ferait mieux s'il y a des

[Traduction]

and categorically solutions such as the ones you mentioned or the possibility of allowing some user fees.

Moreover, the bill goes much further than to simply deal with this particular problem. You referred among other things to clause 12(2) as an example of this. In your opinion, are there any other parts of the bill that go further than is necessary? In other words, does the bill call into question the very foundations of the present health care system?

I think that the Committee would like to hear your views on this and to have you identify for us one, two, three or even four areas of the bill where, in your estimation, the health care system is called into question.

Senator Asselin: Are you prepared to suggest some areas?

Senator Tremblay: I only want Mr. Castonguay to elaborate further on the statement that he made.

Mr. Castonguay: As I said, I am not a lawyer. I have read the draft legislation carefully. In my opinion, there are four or five areas of the bill that seem to want to introduce fundamental changes to the present system. For example, a provision of the bill calls for the establishment of a mandatory list of insured services, another for negotiation. New mechanisms such as conciliation and binding arbitration have been introduced. There is also the question of health care outside Canada that can pose problems. Non-emergency health care will be covered outside Canada and since in some cases the minister's authorization will be required beforehand, I don't see how this provision could be applied. Then there is the question of fines, whereas the present system is based on agreements. Fines will be levied in cases of non-compliance with the provisions of the bill.

Finally, in my opinion, clause 22 regarding regulations doesn't really have much to do with the question of user charges or extra-billing. If I have understood the scope of this clause, it calls for a great deal more regulations than there are at present.

These are the five areas I identified when I examined the bill.

Senator Tremblay: You also stated that in your opinion, some fundamental questions should be raised, in view of the changing health care needs of the public. You stated that certain questions would have to be considered in order to face new problems that arise.

Given all this, I understood you to say earlier that more time should be taken to study this bill in further detail, to weed out any superfluous provisions, among others clause 22. I quite agree with you that new trends are developing—that doesn't surprise me at all. We need to weed out unnecessary provisions so that we can deal with something even more fundamental, namely the broader question of adapting health care programs to new circumstances, such as providing health care services to remote communities and so forth. This process would be smoother if health care agreements were preceded by joint studies rather than by a bill such as this one.

[Text]

ententes précédées, au besoin, d'études conjointes, que par le biais d'un projet de loi comme celui-ci.

M. Castonguay: Monsieur le président, si vous me le permettez, j'aimerais faire un commentaire en réponse.

Sans égard à ce qui a été dit par le groupe qui m'a précédé, sur la qualité des soins au Québec, je crois qu'il y a eu des progrès énormes d'accomplis. Je me souviens que, il y a 20 ans, nous avions à Montréal des taux de mortalité infantile pratiquement les plus élevés au pays. Aujourd'hui, nous avons les taux parmi les plus bas. Ce sont des progrès. Cela a été fait par des réarrangements de ressources, la constitution de cliniques pour les maternités à risques élevés, le regroupement de certains services pour pouvoir se payer les équipements plus dispendieux, avoir des meilleures équipes de soins. Cela a demandé beaucoup de souplesse, beaucoup de négociations entre le ministère et les hôpitaux, et à certaines reprises, nous sommes venus ici discuter avec le ministre de la Santé pour avoir son aide. Nous avons introduit dans ces discussions des universités. Nous avons eu l'aide de l'université McGill, de l'université de Montréal. C'étaient des changements complexes à apporter, des changements qui ont donné de bons résultats et ont permis une meilleure utilisation des ressources.

Je crois que l'on fait face à ce genre de problème aujourd'hui. On en a mentionné certains tantôt, peut-être d'une façon pas très habile, mais il y a certains des problèmes qui ont été mentionnés. Je crois qu'ils sont assez réels. Ce sont ces problèmes auxquels je faisais allusion. Ce sont des problèmes complexes et qui vont demander encore passablement d'étude, de négociations, de discussions et d'information de la population, et de toutes les parties en cause avant qu'il ne soit solutionné, parce qu'il y a besoin aussi d'un certain processus de négociation. On sait que personne n'aime voir tels services discontinués dans un hôpital, parce qu'il faut regrouper avec un autre hôpital. Les populations réagissent généralement, vis-à-vis ce genre de geste-là. Il y a beaucoup d'exemples. Puis, cela va prendre du temps, et cela va demander beaucoup de collaboration. Ce qui me fait peur ici, c'est qu'on laisse tomber un régime qui était fondé sur la collaboration.

Senator Bell: I have a very quick question. The witness was giving very clear explanations of why the bill is inadequate to meet what it is attempting to meet and why it does not meet at all some of the more fundamental problems in medical services in Canada. The adjective that he used could have been one of two words, either of which are appropriate. I would like to ask him if he can remember which one it was, whether it was "primitive" or "punitive"?

Mr. Castonguay: It was "punitive".

The Deputy Chairman: Honourable senators, I would like to thank Mr. Castonguay for giving us the benefit of his views, based on his experience. Thank you very much, sir.

Senator Muir: Mr. Chairman, I would like to say that Mr. Castonguay should be commended for his scholarly, mannerly presentation. It was very helpful and very interesting, and I personally thank him.

The Deputy Chairman: Honourable senators, our chairman has arrived and I will be turning the meeting over to him.

[Traduction]

Mr. Castonguay: Mr. Chairman, if I may, in response to that, I would like to make one comment.

Notwithstanding the statements made by the group that preceded me about the quality of health care services in Quebec, my feeling is that tremendous progress has been made. I remember that twenty years ago, Montreal had one of the highest infant mortality rates in the country. Today, we have one of the lowest. That's progress. We succeeded in turning the situation around by reallocating resources, setting up clinics for high risk pregnancies, grouping together some services in order to be able to afford more expensive equipment and better health care teams. This process required a great deal of flexibility, extensive negotiations between the department and hospitals and, in some cases, we even discussed matters with the Department of Health in an effort to get its help. We brought universities into the debate. We received some assistance from McGill University and from the University of Montreal. Complex changes were required, but these changes produced good results and enabled us to make better use of our resources.

I believe that we are facing the same type of problem today. Mention was made earlier of some of the problems we are facing. They are very real, complex problems and to resolve them, considerable discussion and negotiations involving all of the parties concerned will be required. It's a fact that no one likes to see a hospital stop providing a particular service because it has to merge with another hospital. The public generally reacts to this kind of situation. I could give you many examples. The process will take time and require a great deal of co-operation. My greatest fear is that we might be casting aside a system that was founded on co-operation.

Le sénateur Bell: J'ai une petite question à poser. Le témoin expliquait clairement pourquoi ce projet de loi n'atteindrait pas l'objectif visé et pourquoi il ne résoud en rien certains des problèmes fondamentaux que posent les services médicaux au Canada. Il s'est servi d'un adjectif qui peut être l'un ou l'autre des deux mots suivants, tous deux d'ailleurs décrivant fort bien la situation. Se souvient-il d'avoir utilisé «primitif» ou «punitif».

M. Castonguay: C'était «punitif».

Le vice-président: Honorables sénateurs, je voudrais remercier M. Castonguay de nous avoir fait profiter de ses idées, nourries de son expérience. Merci beaucoup monsieur.

Le sénateur Muir: Monsieur le président, je voudrais ajouter qu'il faudrait féliciter M. Castonguay pour la solidité et la cohérence de son témoignage. J'ai trouvé cela très utile et intéressant et je l'en remercie.

Le vice-président: Honorables sénateurs, notre président étant arrivé je lui céderai ma place. Je tiens cependant à

[Text]

However, first I would warn him that I refused to put on the record the reason for his delay.

The second point is that I received a note from Senator Marshall, saying that I was the worst chairman he knew. I hope that I was not as bad as that.

Senator M. Lorne Bonnell (*Chairman*) in the Chair.

The Chairman: First, I would like to thank Senator Phillips for his excellent job as chairman. Last Sunday, when I was in church I noticed that most of the people there were over 70. I asked one of the young men at the back why there were so many old people there. He said, "They are rehearsing for the finals." I hope that Senator Phillips does not feel that he was rehearsing for the finals.

We have some items remaining on the agenda and perhaps they could be discussed *in camera*. If I could have a motion to hold this meeting *in camera*, then we could proceed.

Senator Marshall: I so move.

The committee continued *in camera*.

[Traduction]

l'avertir que je refuse de consigner au procès-verbal le motif de son retard.

Un deuxième point: j'ai reçu un petit mot du sénateur Marshall qui me dit que je suis le pire président qu'il ait connu. J'espère ne pas avoir été si mauvais que cela.

Le sénateur M. Lorne Bonnell (*président*) occupe le fauteuil.

Le président: Je tiens d'abord à remercier le sénateur Phillips pour l'excellent travail qu'il a fait comme président. A l'église, dimanche dernier, j'ai remarqué que la plupart des personnes présentes étaient âgées de plus de 70 ans. J'ai demandé à l'un des jeunes hommes à l'arrière de l'église pourquoi il y avait tant de vieilles personnes. Il m'a répondu: «Elles répètent pour la finale». J'espère que le sénateur Phillips n'a pas le sentiment d'avoir répété pour la finale.

Il y a encore plusieurs questions à l'ordre du jour; nous pourrions peut-être en discuter à huis clos. Pourrais-je avoir une motion pour poursuivre cette réunion à huis clos, afin que nous puissions procéder.

Le sénateur Marshall: Je le propose.

Le Comité poursuit ses délibérations à huis clos.



If undelivered, return COVER ONLY to:
Canadian Government Publishing Centre,
Supply and Services Canada,
Ottawa, Canada, K1A 0S9

En cas de non-livraison,
retourner cette COUVERTURE SEULEMENT à:
Centre d'édition du gouvernement du Canada,
Approvisionnement et Services Canada,
Ottawa, Canada, K1A 0S9

WITNESSES—TÉMOINS

From the Saskatchewan Medical Association

Dr. Gordon Duke, President;
Dr. E. H. Baergen, Executive Director.

De l'Association médicale de la Saskatchewan:

D^r Gordon Duke, président;
D^r E. H. Baergen, directeur exécutif.

* * *

From the National Citizen's Coalition:

Mr. Colin Brown, President;
Mr. David Somerville, Vice-President;
Dr. Ian R. Munro, Member.

Du «National Citizen's Coalition»:

M. Colin Brown, président;
M. David Somerville, vice-président;
D^r Ian R. Munro, membre.

* * *

Mr. Claude Castonguay, former Minister of Social Affairs,
Province of Quebec.

M. Claude Castonguay, ancien ministre des Affaires sociales,
province de Québec.

26
51



Second Session
Thirty-second Parliament, 1983-84

Deuxième session de la
trente-deuxième législature, 1983-1984

SENATE OF CANADA

SÉNAT DU CANADA

*Proceedings of the Standing
Senate Committee on*

*Délibérations du comité
sénatorial permanent des*

Social Affairs, Science and Technology

Affaires sociales, des sciences et de la technologie

Chairman:
The Honourable M. LORNE BONNELL

Président:
L'honorable M. LORNE BONNELL

Tuesday, April 17, 1984

Le mardi 17 avril 1984

Issue No. 8
Complete proceedings on:

Fascicule n° 8
Seul et unique fascicule concernant:

Bill C-3: "An Act relating to cash contributions by Canada in respect of insured health services provided under provincial health care insurance plans and amounts payable by Canada in respect of extended health care services and to amend and repeal certain Acts in consequence thereof"

Projet de loi C-3: «Loi concernant les contributions pécuniaires du Canada aux services de santé assurés pris en charge par les régimes provinciaux d'assurance-santé et les montants payables par le Canada pour les programmes de services complémentaires de santé, et modifiant certaines lois en conséquence»

REPORT OF THE COMMITTEE

RAPPORT DU COMITÉ

APPEARING:

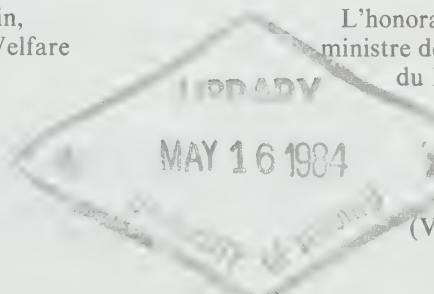
COMPARAÎT:

The Honourable Monique Bégin,
Minister of National Health and Welfare

L'honorable Monique Bégin,
ministre de la Santé nationale et
du Bien-être social

WITNESS:
(See back cover)

TÉMOIN:
(Voir à l'endos)



THE STANDING SENATE COMMITTEE ON
SOCIAL AFFAIRS, SCIENCE AND TECHNOLOGY

The Honourable M. Lorne Bonnell, *Chairman*
The Honourable Orville H. Phillips, *Deputy Chairman*

The Honourable Senators:

Anderson	Marshall
Bielish	McGrand
Bonnell	*Olson
Cottreau	Phillips
*Flynn	Rousseau
Haidasz	Tremblay
Hébert	Wood

**Ex Officio Members*

(Quorum 5)

Pursuant to notice of April 16, 1984 and of April 17, 1984
in accordance with rule 66(4) and (5)(a):

Senator Bielish replaces Senator Muir;

Senator Haidasz replaces Senator Lewis;

Senator Rousseau replaces Senator Bosa.

COMITÉ SÉNATORIAL PERMANENT DES
AFFAIRES SOCIALES, SCIENCES ET TECHNOLOGIE

Président: L'honorable M. Lorne Bonnell
Vice-président: L'honorable Orville H. Phillips

Les honorables sénateurs:

Anderson	Marshall
Bielish	McGrand
Bonnell	*Olson
Cottreau	Phillips
*Flynn	Rousseau
Haidasz	Tremblay
Hébert	Wood

**Membres d'office*

(Quorum 5)

Conformément à l'avis du 16 avril 1984 et à l'avis du 17
avril 1984 donnés aux termes de l'article 66(4) et (5)a) du
Règlement:

Le sénateur Bielish remplace le sénateur Muir;

Le sénateur Haidasz remplace le sénateur Lewis;

Le sénateur Rousseau remplace le sénateur Bosa.

Le greffier du comité

Erika Bruce

Clerk of the Committee

ORDER OF REFERENCE

Extracts from the Minutes of Proceedings of the Senate, Thursday, April 12, 1984:

Pursuant to the Order of the Day, the Senate resumed the debate on the motion of the Honourable Senator Hébert, seconded by the Honourable Senator Thériault, for the second reading of the Bill C-3, intituled: "An Act relating to cash contributions by Canada in respect of insured health services provided under provincial health care insurance plans and amounts payable by Canada in respect of extended health care services and to amend and repeal certain Acts in consequence thereof".

After debate, and—

The question being put on the motion, it was—
Resolved in the affirmative.

The Bill was then read the second time.

The Honourable Senator Hébert moved, seconded by the Honourable Senator Thériault, that the Bill be referred to the Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology.

After debate, and—

The question being put on the motion, it was—
Resolved in the affirmative.

ORDRE DE RENVOI

Extraits des Procès-verbaux du Sénat du jeudi 12 avril 1984:

Suivant l'Ordre du jour, le Sénat reprend le débat sur la motion de l'honorable sénateur Hébert, appuyé par l'honorable sénateur Thériault, tendant à la deuxième lecture du Projet de loi C-3, intitulé: «Loi concernant les contributions pécuniaires du Canada aux services de santé assurés pris en charge par les régimes provinciaux d'assurance-santé et les montants payables par le Canada pour les programmes de services complémentaires de santé, et modifiant certaines lois en conséquence».

Après débat,

La motion, mise aux voix, est adoptée.

Le projet de loi est alors lu pour la deuxième fois.

L'honorable sénateur Hébert propose, appuyé par l'honorable sénateur Thériault, que le projet de loi soit déféré au Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie.

Après débat,

La motion, mise aux voix, est adoptée.

Le greffier du Sénat

Charles A. Lussier

Clerk of the Senate

MINUTES OF PROCEEDINGS

TUESDAY, APRIL 17, 1984
(12)

[Text]

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met this day, at 11:11 a.m., the Chairman, the Honourable Senator Bonnell presiding.

Members of the Committee present: The Honourable Senators Anderson, Bielish, Bonnell, Cottreau, Flynn*, Frith*, Haidasz, Hébert, Marshall, McGrand, Phillips, Rousseau, Tremblay and Wood. (14)

Other Senators present: Honourable Senators Asselin, Bosa, Sherwood and Stewart.

In attendance: Mr. Raymond du Plessis, Law Clerk and Parliamentary Counsel, The Senate of Canada, and Ms. Mildred J. Morton, Research Associate, Library of Parliament.

Appearing: The Honourable Monique Bégin, Minister of National Health and Welfare.

Witness: Dr. Maureen Law, Associate Deputy Minister, Department of National Health and Welfare.

The Committee proceeded to examine and consider Bill C-3 intitled: "An Act relating to cash contributions by Canada in respect of insured health services provided under provincial health care insurance plans and amounts payable by Canada in respect of extended health care services and to amend and repeal certain Acts in consequence thereof."

The Minister and the witness answered questions.

Senator Frith moved,—That the Committee report Bill C-3 to the Senate without amendment.

After debate, the question being put on the motion, it was resolved in the affirmative, on division.

At 1:05 p.m., the Committee adjourned to the call of the Chair.

ATTEST:

Le greffier du Comité

Erika Bruce

Clerk of the Committee

PROCÈS-VERBAL

LE MARDI 17 AVRIL 1984
(12)

[Traduction]

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit aujourd'hui à 11 h 11 sous la présidence de l'honorable sénateur Bonnell (président).

Membres du Comité présents: Les honorables sénateurs Anderson, Bielish, Bonnell, Cottreau, Flynn*, Frith*, Haidasz, Hébert, Marshall, McGrand, Phillips, Rousseau, Tremblay et Wood. (14)

Autres sénateurs présents: Les honorables sénateurs Asselin, Bosa, Sherwood et Stewart.

Aussi présents: M. Raymond du Plessis, légiste et conseiller parlementaire, Sénat, et M^{me} Mildred J. Morton, adjointe à la recherche, Bibliothèque du Parlement.

Comparent: L'honorable Monique Bégin, Ministre de la Santé nationale et du Bien-être social.

Témoin: M^{me} Maureen Law, sous-ministre associé, Ministère de la Santé nationale et du Bien-être social.

Le Comité reprend son étude du projet de loi C-3 intitulé: «Loi concernant les contributions pécuniaires du Canada aux services de santé assurés pris en charge par les régimes provinciaux d'assurance-santé et les montants payables par le Canada pour les programmes de services complémentaires de santé, et modifiant certaines lois en conséquence».

Le ministre et les témoins répondent aux questions.

Le sénateur Frith propose,—Que le Comité fasse rapport du projet de loi C-3 au Sénat sans amendement.

Après débat, la motion, mise aux voix, est adoptée, sur division.

A 13 h 05, le Comité suspend ses travaux jusqu'à nouvelle convocation du président.

ATTESTÉ:

* *Membres d'office*

* *Ex Officio Members*

REPORT OF THE COMMITTEE

Tuesday, April 17, 1984

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology presents its

THIRD REPORT

Your Committee to which was referred Bill C-3, intituled: "An Act relating to cash contributions by Canada in respect of insured health services provided under provincial health care insurance plans and amounts payable by Canada in respect of extended health care services and to amend and repeal certain Acts in consequence thereof", has in obedience to its order of reference of Thursday, April 12, 1984, examined the said Bill and now reports the same without amendment.

Respectfully submitted,

Le président

M. Lorne Bonnell

Chairman

RAPPORT DU COMITÉ

Le jeudi 17 avril 1984

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie présente son

TROISIÈME RAPPORT

Votre Comité auquel on a déféré le projet de loi C-3, intitulé: «Loi concernant les contributions pécuniaires du Canada aux services de santé assurés pris en charge par les régimes provinciaux d'assurance-santé et les montants payables par le Canada pour les programmes de services complémentaires de santé, et modifiant certaines lois en conséquence» a, conformément à son ordre de renvoi du jeudi 12 avril 1984, examiné ledit projet de loi et en fait maintenant rapport sans amendement.

Respectueusement soumis,

EVIDENCE

Ottawa, Tuesday, April 17, 1984

[Text]

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology, to which was referred Bill C-3, relating to cash contributions by Canada in respect of insured health services provided under provincial health care insurance plans and amounts payable by Canada in respect of extended health care services and to amend and repeal certain acts in consequence thereof, met this day at 11 a.m. to give consideration to the bill.

Senator M. Lorne Bonnell (*Chairman*) in the Chair.

The Chairman: Honourable senators, today we are meeting to consider Bill C-3, relating to cash contributions by Canada in respect of insured health services provided under provincial health care insurance plans and amounts payable by Canada in respect of extended health care services and to amend and repeal certain acts in consequence thereof.

We have with us the Minister, the Associate Deputy Minister and other officials. We welcome them to our meeting this morning. Perhaps we should get down to the business of considering the bill clause by clause. If honourable senators have any questions, they can be directed to the Minister. Is there any objection to that procedure?

Senator Frith: Agreed

The Chairman: The title of the bill, the preamble and the enacting clause will be left to the last.

Senator Phillips: Mr. Chairman, before we proceed, our rules provide that a senator may reopen a clause before the bill is passed. Does that rule still apply?

The Chairman: You mean reopen a clause after it has been carried?

Senator Phillips: After a clause is carried and before the bill is passed.

The Chairman: Why do we not follow the procedure that has been followed in the past, namely, that when a clause is carried, it is passed. If there is any question about it, then the clause can stand. But if a clause is carried, then I believe we should consider it as having been passed. If you are not satisfied about a clause, then it could stand and we can come back to it. Unless the Minister has a statement to make, perhaps we could start immediately on questions.

Shall clause 2 carry?

Senator Phillips: Mr. Chairman, I have a question concerning health care practitioners. One of the groups that appeared before the committee dealing with the prestudy of the bill stated that the section was meaningless, but it did open the door for future negotiations. If the section is meaningless, then why is it in the bill?

The Chairman: Which section is meaningless?

TÉMOIGNAGES

Ottawa, le mardi 17 avril 1984

[Traduction]

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit aujourd'hui à 11 heures pour étudier la teneur du projet de loi C-3, Loi concernant les contributions pécuniaires du Canada aux services de santé assurés pris en charge par les régimes provinciaux d'assurance-santé et les montants payables par le Canada pour les programmes de services complémentaires de santé, et modifiant certaines lois en conséquence.

Le sénateur M. Lorne Bonnell (*président*) occupe le fauteuil.

Le président: Honorables sénateurs, nous nous réunissons aujourd'hui pour étudier le projet de loi C-3 concernant les contributions pécuniaires du Canada aux services de santé assurés pris en charge par les régimes provinciaux d'assurance-santé et les montants payables par le Canada pour les programmes de services complémentaires de santé, et modifiant certaines lois en conséquence.

Nous accueillons le ministre, le sous-ministre adjoint ainsi que d'autres officiels. Peut-être pourrions-nous commencer par étudier le projet de loi article par article. Les sénateurs voudront bien poser leurs questions au ministre. Y a-t-il des objections?

Le sénateur Frith: D'accord.

Le président: Nous garderons pour la fin l'étude du titre du projet de loi, du préambule et du décret.

Le sénateur Phillips: Monsieur le président, le Règlement prévoit qu'un sénateur peut reprendre l'étude d'une disposition avant que le projet de loi ne soit adopté. Cette règle vaut-elle toujours?

Le président: Vous voulez dire qu'on peut réétudier une disposition après son adoption?

Le sénateur Phillips: Après que la disposition a été adoptée et avant que le projet de loi le soit.

Le président: Pourquoi ne nous en tiendrions-nous pas à la procédure suivie par le passé, à savoir, une fois adoptée une disposition est adoptée. S'il subsiste des questions, la disposition peut rester en suspens. Mais si une disposition est adoptée, je pense que nous devons conclure qu'elle est effectivement adoptée. Si une disposition ne donne pas entièrement satisfaction, on peut la laisser en suspens et y revenir. A moins que le ministre ait une déclaration à faire, nous pourrions peut-être commencer immédiatement à poser des questions.

L'article 2 est-il adopté?

Le sénateur Phillips: Monsieur le président, j'aimerais poser une question au sujet des professionnels de la santé. L'un des groupes qui a comparu devant le Comité, à l'étape préliminaire de l'étude du projet de loi, a affirmé que cet article n'avait pas de valeur véritable, mais qu'il permettait l'ouverture de négociations futures. Si cet article n'a pas de signification, pourquoi figure-t-il dans le projet de loi?

Le président: De quel article parlez-vous?

[Text]

Senator Phillips: The definition of "health care practitioner".

Senator Frith: That is line 21 on page 3.

The Chairman: Who said it was meaningless?

Senator Phillips: One of the groups. I believe it was the Canadian Nurses Association. I understand that the section was inserted at their request.

The Chairman: Senator, I can tell you that I received letters from the Canadian Nurses Association, and from many others involved, asking me to insure that the health care practitioner section stayed in the act. It was important to them as being a stepping stone to becoming involved in the medical care field.

Senator Phillips: Could we have some elaboration from the Minister of what she intends the definition to accomplish? There must be some future plans, otherwise it would not be in the section.

The Honourable Monique Bégin (Minister of National Health and Welfare): It is important on this point that you consider both the practical aspect, the immediate practical translation of this definition, on the one hand, and as the nurses wrote it. There were many letters from provincial nurses' associations and chapters. They called it a major breakthrough. In practice, this will not automatically change anything in the health system tomorrow morning. We would not have the right to do that. Because it is a clear, broad, new definition, if and when a province is ready to negotiate a new deal with, for example, nurses, and other professional bodies of health workers, they can do so. I do not know if I would go so far as to comment on the enabling definition, because I am not a lawyer, but that is what it does. Symbolically it is breaking the apparent monolithic image of the past 25 years in which doctors were the only health workers, according to the act.

Senator Frith: It is foresighted in the sense that if provinces increase their definition, we will not have to amend this act because it is already wide enough to include any changes they might make.

Senator Phillips: When the provinces appeared before the committee, they expressed concern about the health care practitioner. Their views could be summed up in this way: (a) It would leave the provinces, and the provinces alone, subject to pressure groups; and (b) because the health care act provides no funding, it could lead the provinces to being solely responsible financially. Will the regulations require the consent of both the federal government and provinces for the inclusion of any health care practitioner, and will there be any funding provided under this definition?

Hon. Miss Bégin: Senator Phillips, if I may be so bold, you are making a mistake, or you are not aware of the figures, if you state that this bill does not fund the provinces. Every nurse working in a hospital setting is paid at the level of 50 per cent

[Traduction]

Le sénateur Phillips: De la définition de «professionnel de la santé».

Le sénateur Frith: A la ligne 4, de la page 4.

Le président: Qui a dit que cette définition était sans valeur?

Le sénateur Phillips: Un des groupes qui a comparu. Je pense que c'était l'Association des infirmières canadiennes. Je pense que l'article a été inclû à leur demande.

Le président: Sénateur, je peux vous dire que j'ai reçu des lettres de l'Association des infirmières canadiennes ainsi que de nombreuses autres parties intéressées qui me demandaient de veiller à ce que l'article sur les professionnels de la santé demeure dans la loi. Cette mesure leur semblait être un important tremplin à leur participation éventuelle au domaine des soins médicaux.

Le sénateur Phillips: Le ministre pourrait-elle nous expliquer ce qu'à son avis cette définition pourrait permettre? Il doit bien exister des plans pour l'avenir, sinon cette disposition n'existerait pas.

L'honorable Monique Bégin (ministre de la Santé nationale et du Bien-être social): Il importe à cet égard de tenir compte de l'aspect pratique, de la signification pratique et immédiate de la définition telle que les infirmières l'ont rédigée. Nous avons reçu de nombreuses lettres d'associations d'infirmières des provinces. Elles y voient un progrès réel. En réalité, ces mesures ne vont pas du jour au lendemain changer quoi que ce soit au système de santé. Nous n'aurions d'ailleurs pas le droit de le faire. Comme c'est là une définition nouvelle, vaste et claire, quand une province sera disposée à négocier avec les infirmières, par exemple, et d'autres corps professionnels de la santé, elles pourront le faire. Je ne sais pas si j'irais jusqu'à me prononcer sur la définition habilitante, parce que je ne suis pas juriste, mais c'est pourtant l'effet qu'elle a. Symboliquement, on rompt ainsi avec la tradition des vingt-cinq dernières années au cours desquelles on a considéré que les médecins étaient les seuls professionnels de la santé, au sens où l'entend la loi.

Le sénateur Frith: C'est une définition qui fait preuve de prévoyance en ce sens que si les provinces élargissent leur définition, nous n'aurons pas à modifier la loi parce que la définition est déjà assez vaste pour couvrir toute modification éventuelle.

Le sénateur Phillips: Quand les représentants des provinces ont comparu devant le Comité, ils se sont dits inquiets de la situation des professionnels de la santé. On pourrait résumer leurs points de vue ainsi: d'abord les provinces, et les provinces seules, pourraient être soumises à l'influence de groupes de pression; et deuxièmement, parce que la Loi sur les services de santé ne prévoit aucun financement, les provinces pourraient, en fin de compte, être seules responsables du financement. Exigera-t-on dans le règlement que le gouvernement fédéral et ceux des provinces accordent leur consentement pour l'inclusion de tout professionnel de la santé, et cette définition prévoira-t-elle un mode de financement quelconque?

L'honorable Mme Bégin: Le sénateur Phillips, excusez-moi de parler aussi directement, mais vous faites erreur ou vous ne connaissez pas les chiffres, si vous dites que ce projet de loi ne prévoit pas le financement des provinces. Toute infirmière qui

[Text]

by us, and in some provinces it is more, because our share of medicare is larger.

Senator Phillips: I am not speaking about the present situation, but the future situation.

Hon. Miss Bégin: However, senator, you have missed the point. The majority of nurses who work in hospitals—I wish I had the total number of nurses practising in hospitals, as opposed to nurses practising in their own private clinics or with doctors—are covered by medicare. Approximately half of their salaries are paid for by medicare. It opens up, on paper, a definition. Are the provinces subjected, because of that, to more pressure? I do not believe they are. They did not need us to decide the date they wanted—and in some parts of Canada it is already done—to recognize themselves and be reimbursed on a fee schedule. In some parts of Canada nurses already exercise that responsibility. When they say it is going to put more pressure, on them, I do not believe it will do so. This recognizes a pressure that has been exercised by nurses against the provinces for years, and nurses have become increasingly more activist. I am not judging them by saying that. It is simply the name of the game.

Senator Phillips: How about other health care practitioners?

Hon. Miss Bégin: Every other health care worker or practitioner who was by name in the agreements, regulations and previous legislation, under the cost-sharing mechanism, which means up until 1975-76—which was the base year when the mode of financing was switched,—was funded. Some provinces that have not paid for their chiropractors, may decide to do so, while other provinces already pay for this service. Provinces may decide at any time, according to their own priorities, to add other health care groups. That was been the case since block funding, so nothing is changed as a result of this bill.

The Chairman: The minister has left another important meeting to be here today to answer questions on policy. Rather than deal with the bill clause by clause at this time, perhaps we could have questions on policy so that the minister can answer them while she is here. We can then deal with the bill clause by clause.

Senator Phillips: Mr. Chairman, are we now changing the procedure?

The Chairman: We should, in order to have policy questions answered while the minister is here.

Senator Flynn: Mr. Chairman, who will define what is a policy question?

The Chairman: Senator Flynn, there is no better person to do that than yourself.

[Traduction]

travaille en milieu hospitalier est rémunérée à 50 p. 100 par des fonds fédéraux, et, dans certaines provinces, ce pourcentage est supérieur, parce que notre part de financement de l'assurance-maladie y est plus élevée.

Le sénateur Phillips: Je ne parle pas du présent, mais de l'avenir.

L'honorable Mme Bégin: Le sénateur, vous ne m'avez pas bien comprise. La majorité des infirmières qui travaillent en milieu hospitalier, j'aimerais pouvoir en fournir le nombre exact, par opposition aux infirmières qui travaillent dans leur propre clinique privée ou avec des médecins, bénéficient du programme d'assurance-maladie. C'est-à-dire qu'environ la moitié de leur traitement leur est versée en vertu du programme d'assurance-maladie. On élargit ainsi, sur papier, le sens de la définition. Est-ce que les provinces sont, en raison de cela, soumises à de plus fortes pressions? Je ne le crois pas. Elles n'ont pas attendu que nous décidions de la date à laquelle il faudrait les reconnaître et les rembourser selon un barème d'honoraires, et dans certaines régions du Canada il en est déjà ainsi. En effet, dans certaines parties du pays, les infirmières assument déjà cette responsabilité. Je ne crois pas qu'on exercera davantage de pressions sur elles. Se trouvant ainsi reconnues les pressions qu'ont exercées les infirmières sur les provinces au cours des ans. Les infirmières sont de plus en plus revendicatrices. Je ne porte pas un jugement de valeur. Je dis tout simplement ce qu'il en est.

Le sénateur Phillips: Qu'en est-il des autres professionnels de la santé?

L'honorable Mme Bégin: Un professionnel de la santé sur deux qui a été précisément désigné dans les ententes, les règlements et les textes législatifs précédents, aux termes du programme de partage des coûts, c'est-à-dire jusqu'en 1975-1976, soit l'année où a été modifié le mode de financement, bénéficie des avantages du programme de financement. Certaines provinces qui ne couvraient pas les honoraires de leurs chiropraticiens peuvent décider de le faire maintenant, alors que d'autres provinces paient déjà pour ces services. Les provinces peuvent décider à tout moment, en fonction de leurs priorités, d'ajouter d'autres groupes de professionnels de la santé. Il en est ainsi depuis l'adoption du mode de financement global, si bien que le présent projet de loi ne change rien à l'affaire.

Le président: Le ministre a renoncé à participer à une autre réunion importante pour venir répondre à nos questions sur l'esprit du projet de loi. Au lieu d'étudier chaque disposition du projet de loi, pourrions nous, pour l'instant, poser au ministre des questions de politique. Nous pourrions ensuite passer à une étude détaillée du projet de loi.

Le sénateur Phillips: Monsieur le président, changeons-nous notre façon de procéder?

Le président: Je crois que ce changement s'impose si nous désirons profiter de la présence du ministre pour lui poser des questions de politique.

Le sénateur Flynn: Monsieur le président, qui décidera s'il s'agit d'une question de politique?

Le président: Sénateur Flynn, c'est vous qui êtes le mieux placé pour le faire.

[Text]

Senator Flynn: So long as you do not intervene, Mr. Chairman.

The Chairman: I shall try not to do so. I believe I am a reasonably lenient chairman.

Senator Flynn: If we are unable to complete all of the policy questions and answer, can we have an indication from the minister as to whether she will be available for another meeting?

Hon. Miss Bégin: As of 11 p.m., I believe my agenda has nothing on it.

Senator Flynn: You mean tonight?

L'honorable Mme Bégin: Évidemment, je vais tout faire pour vous accommoder, quitte à manquer la période des questions.

Le sénateur Flynn: Non, mais j'ai compris «11 p.m.».

L'honorable Mme Bégin: Oui, c'est ce que j'ai dit, c'est le seul moment à mon agenda où je n'ai rien d'écrit.

Le sénateur Flynn: Vous voulez dire à 11 heures ce soir?

L'honorable Mme Bégin: Pour la quatrième fois, oui.

Le sénateur Flynn: Alors, ce serait la première fois que je vous rencontrerais à cette heure-là!

L'honorable Mme Bégin: Je vais tout faire pour vous accommoder; je vais aller à mes autres réunions, et je pourrai revenir au besoin.

Le sénateur Flynn: Alors, on verra ce soir si on veut se revoir à 11 heures.

Monsieur le président, je voulais poser une question au ministre, mais je ne sais pas si elle a déjà été posée par d'autres, et si c'est le cas, vous avez le droit d'interrompre. Depuis que le bill a été adopté à la Chambre des communes, le comité du Sénat a entendu les ministres provinciaux responsables de la santé, une fois; ils étaient tous là, sauf le représentant du Manitoba. Je voulais demander au ministre si elle a pris connaissance des témoignages que nous avons entendus, à cette occasion.

L'honorable Mme Bégin: Oui, monsieur le sénateur, je les ai tous lus. Je dois vous avouer que ce sont les mêmes témoignages thématiques que nous avons entendus de leur part dans ce dossier, en parlant du projet de loi, depuis le début. Je crois qu'il est juste de constater que, —comme on dit en anglais: «We agreed to disagree», parce qu'il y a, évidemment, des différences de philosophies et d'idéologies, d'abord entre eux, et entre nous-mêmes.

Le sénateur Flynn: Vous voulez dire entre eux collectivement, et entre vous-même?

L'honorable Mme Bégin: Oui.

Le sénateur Flynn: Alors, ce que nous avons entendu au comité, je pense que c'était la semaine dernière, —vous ne considérez pas, soit y donner suite ou apporter des modifications ou revoir vos positions?

L'honorable Mme Bégin: Cela est un exercice qui a déjà eu lieu plus d'une fois. Quand le projet de loi est sorti de l'autre endroit, —pour ne pas le nommer . . .

[Traduction]

Le sénateur Flynn: Tant que vous n'interviendrez pas.

Le président: J'essaierai de ne pas le faire; je crois être un président assez indulgent.

Le sénateur Flynn: Il est possible que nous n'ayons pas le temps d'aborder toutes les questions de politique. J'aimerais savoir si le ministre pourra nous rencontrer à nouveau si cela s'avère nécessaire?

L'honorable Mme Bégin: Je suis libre à partir de 11 heures.

Le sénateur Flynn: Vous voulez dire ce soir?

Hon. Miss Bégin: Of course I'll do everything I can to fit in with your schedule, even if I have to miss the question period.

Senator Flynn: No, I understood "11 p.m."

Hon. Miss Bégin: Yes, that's what I said: that's the only time on my schedule where I have nothing written down.

Senator Flynn: You mean 11 o'clock tonight?

Hon. Miss Bégin: Yes, for the fourth time.

Senator Flynn: Well, this would be the first time I met you at that hour!

Hon. Miss Bégin: I shall do my best to accommodate you: I'm going to attend my other meetings, and I'll come back if you need me.

Senator Flynn: Well, we'll see tonight if we want to see each other at 11 o'clock.

Mr. Chairman, I wanted to ask the Minister a question, but I don't know whether others have already asked it, and if so, you have the right to interrupt. Since the bill has been passed in the House, the Senate Committee has heard provincial health ministers, once. They were all there except the minister from Manitoba. I wanted to ask the Minister if she examined the evidence we heard at that time.

Hon. Miss Bégin: Yes, Senator, I read it all. I must admit that the evidence went through the same themes we heard from the beginning from them on this matter, when we were discussing the bill. I think it is fair to say that we agreed to disagree, because obviously there are philosophical and ideological differences among them, and among ourselves.

Senator Flynn: You mean between them as a group and yourself?

Hon. Miss Bégin: Yes.

Senator Flynn: Well, what we heard in committee, I think it was last week —don't you think it should be followed up, or that changes should be made, or that you should review your positions?

Hon. Miss Bégin: We have gone through that exercise more than once. When the bill came out of the other place —which I won't name . . .

[Text]

Le sénateur Flynn: Vous avez le droit de le faire.

L'honorable Mme Bégin: Vous pouvez vraiment, et je l'ai fait bien sûr, j'ai donné ma parole à ceux qui veulent se donner la peine d'analyser le document; mais rien, concernant les intrusions dans un domaine provincial,—je veux vous assurer que rien, dans cette loi est anticonstitutionnel, et vous-même qui êtes politicien comme nous le sommes tous, avez observé qu'aucun des ministres n'a déclaré qu'il nous amènerait en cour parce que je pense que leurs avis juridiques sont qu'ils ne le peuvent pas. Nous nous sommes bien gardés de respecter les règles du jeu, sauf sur la surfacturation par les médecins et les frais aux usagers qui sont illégaux, pour clarifier le cas, et sauf peut-être une dizaine de changements, je crois qu'on peut appeler à la fois mineurs, mais de symbolique importance, comme d'avoir reconnu les garde-malades et d'avoir dit qu'elles étaient des «health practitioners»; symboliquement, c'était important, mais il n'y avait là aucune intrusion dans le domaine provincial. Je dois avouer que je pourrais répondre que nous l'avons fait souvent, à chacune des argumentations des provinces, et il faut avouer que les provinces n'aiment pas cela, perdre près de 200 millions de dollars; elles ne sont pas contentes.

Le sénateur Flynn: Quand vous parlez de 200 millions de dollars, vous parlez des frais modérateurs.

L'honorable Mme Bégin: L'ensemble des pénalités possibles, c'est-à-dire des frais modérateurs et de la surfacturation par les médecins, dont les provinces sont responsables.

Le sénateur Flynn: Je serais prêt à oublier la question des frais modérateurs. Les autres dispositions prévoient une structuration très précise des conditions qui prévoient les versements, ou les contributions fédérales aux services de santé. En excluant les dispositions concernant les frais modérateurs, la surfacturation, vous voulez que soient expliquées dans les détails les conditions de ces dépenses, ces subventions?

L'honorable Mme Bégin: Non; sur cela, je vous arrête, parce que je dois apporter une modification à votre affirmation.

Les conditions de base de l'assurance-santé, que nous appelons «medicare» dans le langage courant, et qui sont l'essence de ce projet de loi, sont exactement les mêmes qu'elles ont toujours été depuis le début de 25 et 15 ans, respectivement, de l'assurance-santé, sauf la bien modeste, et j'insiste, la modeste demande de légitimité qui consiste à ce que, dans la publicité provinciale sur l'assurance-santé, il soit fait mention du fait d'une quote-part fédérale, ça ne peut pas être plus modeste. Autrement, nous avons assorti les pénalités, nous avons rappelé les pénalités pour qu'elles soient plus justes et que ce soit une bonne loi. Nous les avons assorties pour que ce soit une grosse amélioration, c'est-à-dire un processus clairement établi, un processus, pas juste de consultation, car il comprend de la consultation, mais que ce soit un processus qui force la partie fédérale à consulter avec la province en cause et qui amène, à travers différentes étapes bien définies, le problème devant le public, voire les deux Chambres.

Je dois vous dire que c'est nouveau et que l'on ne voit pas cela souvent dans un projet de loi, car vous avez lu que les deux Chambres seront saisies de l'éventuelle recommandation du cabinet et...

[Traduction]

Senator Flynn: You have the right to.

Hon. Miss Bégin: You certainly may, and I have certainly done so. I've given my word to those who wish to take the trouble to study the document: but I want to assure you that nothing concerning interference in provincial jurisdiction, nothing in this bill is anticonstitutional. You are a politician as we all are, and you've noticed that none of the ministers said he would take us to court, because I think their legal advisers told them they couldn't. We have taken great care to follow the rules of the game, except for extra-billing by doctors and user fees which are illegal, to clarify the issue, and except perhaps for a dozen changes which I think you could call minor but symbolically important, like recognizing nurses and calling them "health practitioners;" that was symbolically important, but it in no way intrudes into provincial jurisdiction. I must admit I could reply that we have often done it, at each argument from the provinces, and admittedly the provinces don't like the idea of losing 200 million dollars; they're quite unhappy about that.

Senator Flynn: When you speak of 200 million dollars, you're talking about user charges.

Hon. Miss Bégin: All the possible penalties for user charges and extra-billing by doctors, which the provinces would have to pay.

Senator Flynn: I would be quite willing to forget the question of user charges. The other provisions set up a very precise structure to provide for payments, or federal contributions to health services. Excluding the provisions about user fees and extra-billing, could you explain in detail the conditions of these expenditures, these grants?

Hon. Miss Bégin: No: I must stop you there, because I must modify your statement.

The basic conditions of health insurance, or medicare in everyday language, and which are the essence of this bill, are exactly the same as they've always been since the beginning (25 and 15 years ago, respectively) of health insurance, except the very modest, and I insist, modest request for legitimacy, which is that in provincial medicare publicity, mention be made of the federal contribution. It couldn't be more modest. Otherwise we have arranged for penalties; we have recalled them so that they would be more fair and the law would be a good one. We have divided them up so that it will be a big improvement, a clearly established process, not just of consultation (it does include that) but a process that forces the federal side to consult with the province in question, and which brings the problem through different well-defined steps before the public, including the House and the Senate.

This is new; you don't often see that in a bill. You read that the eventual cabinet recommendation will be put before the two Chambers and...

[Text]

Le sénateur Flynn: Nous ne pouvons rien y faire, c'est-à-dire que les Chambres ne pourront rien y faire, quand même.

L'honorable Mme Bégin: C'est faux, je m'excuse, mais c'est pour cela que «medicare» a été établi comme une institution canadienne fondamentalement provinciale, mais historiquement qui comprend le fédéral pour le financement depuis les temps immémoriaux, qui fait que si à un moment donné il est préjugé par le public, il ne peut pas exister; alors, vous êtes obligé, à un moment donné, d'amener le public dans le «medicare». C'est 30 jours que ce sera devant les deux Chambres. N'importe qui de l'opposition, pour prendre un cas extrême, de n'importe quelle province, se lève et dit quelque chose, et c'est pour cela qu'on a pris cette politique, que ce soit mis là,—c'est la situation qui s'impose.

Le sénateur Flynn: Il n'y a pas de possibilité d'une résolution, qu'une Chambre se prononce contre ce rapport que vous êtes obligée de déposer.

L'honorable Mme Bégin: Il n'est pas écrit dans la loi, parce que jamais vous ne pouvez prescrire une politique par une loi. Le processus ne peut pas être traité par une loi, mais par le processus administratif, défini dans la loi, que tous les éléments de ce processus et l'information soient déposés devant le public pour que, justement, via les Chambre, la dimension politique s'ajoute. Vous savez très bien que le fédéral ne peut pas se mettre à imposer des pénalités aux provinces, car il ne sera pas supporté, cela ne pourra pas marcher.

Le sénateur Flynn: Ça peut marcher pendant un certain temps. Mais la question,—vous avez parlé qu'il n'y a rien d'inconstitutionnel dans la loi.

L'honorable Mme Bégin: Non; je répondrai à votre question, à l'effet que les cinq conditions de base sont les mêmes mais, elles ne sont pas nouvelles, elles sont exactement les mêmes.

Le sénateur Flynn: Le pouvoir de dépenser du gouvernement fédéral, c'est le pouvoir exercé par les provinces, selon la compétence des provinces; votre pouvoir de dépenser est assorti de telles conditions que les provinces sont obligées, en sorte, de dépenser, elles, de la façon prévue par la loi; sinon, elles sont pénalisées, et il y a cette arme très convaincante, qui a déjà été utilisée avec beaucoup de succès par le Parlement et le gouvernement fédéral et, évidemment, il y a eu des causes de ce genre-là; je ne suis pas prête à dire que le projet de loi serait jugé inconstitutionnel en tout ou en partie, mais, il n'y a aucun doute que votre contribution est assortie de tellement de conditions que vous mettez les provinces au pas. Je pense que vous êtes obligée de l'admettre.

L'honorable Mme Bégin: Non.

Le sénateur Flynn: C'était votre objectif, c'est ça, avec les frais modérateurs.

L'honorable Mme Bégin: Non, sénateur Flynn, je vais vous arrêter, parce que si c'était le cas, nous serions traînés encore immédiatement. Nous n'avons pas le droit de faire indirectement ce que nous n'avons pas le droit de faire directement; c'est un vieux principe de droit constitutionnel, que vous connaissez très bien.

[Traduction]

Senator Flynn: We can't do anything about it, or rather the Chambers won't be able to do anything about it, even so.

Hon. Miss Bégin: Excuse me, that's not true. That's why medicare was established as a fundamentally provincial Canadian institution, but historically which includes the federal government for financing, and has since time immemorial, so that if at any given time it is prejudicial to the public, it cannot exist. Then you have to bring the public into medicare. It's been before the two Chambers for a month now. Anyone in the opposition from any province, to take an extreme case, rises and says something, and that's why we have followed this policy: the situation demanded it.

Senator Flynn: There's no possibility of a resolution, that one Chamber votes against this bill you are obliged to bring in.

Hon. Miss Bégin: It's not written in the bill, because you can never proscribe a policy with a bill. The process can't be treated by a bill, but by the administrative process defined in the bill, so that the information and all the parts of this process are placed before the public, so that through the House and the Senate the political dimension is added. You know very well that the federal government can't start imposing penalties on the provinces: it wouldn't have any support, it wouldn't work.

Senator Flynn: It can work for a certain time. But the question—you said there is nothing unconstitutional in the bill.

Hon. Miss Bégin: No. I'll answer your question to the effect that the five basic conditions are the same, but they aren't new, they're exactly the same.

Senator Flynn: The spending power of the federal government is the power exercised by the provinces according to their jurisdiction. Your spending power is arranged in such a way that the provinces are obliged to spend in the way provided for in the bill; otherwise they are penalized. This is a very persuasive weapon that Parliament and the federal government have already used quite successfully, and obviously there have been causes like this. I wouldn't go so far as to say the bill would be deemed unconstitutional in whole or in part, but there is no doubt that your contribution is arranged with so many conditions that you are keeping the provinces under your thumb. I think you have to admit that.

Hon. Miss Bégin: No.

Senator Flynn: That was your aim, wasn't it, with the user fees?

Hon. Miss Bégin: No, Senator Flynn, I'm going to stop you, because if that were the case, we would be immediately dragged (into court) again. We don't have the right to do indirectly what we don't have the right to do directly. That's an old principle of constitutional law, which you know quite well.

[Text]

Le sénateur Flynn: Ce n'est pas le vrai principe; le principe...

L'honorable Mme Bégin: Excusez-moi, si vous permettez,—la seule nouveauté de cette loi, ce qui a été clairement dit, qui a toujours été dans le système, et qui est mise en pratique, en tous les cas, dans les frais modérateurs pendant 18 ans—si les provinces avaient des frais d'usagers contre notre loi, ces frais étaient déduits, avant que le fédéral paye sa quote-part de 50 p. 100. Alors, ce n'est rien de nouveau sous le soleil.

Le sénateur Flynn: Il n'y avait pas de pénalités.

L'honorable Mme Bégin: Je crois bien, on avait le gros bout du bâton, on ne leur donnait pas une cent!

Le sénateur Flynn: Non, mais là, vous leur enlevez. Je n'ai pas d'objection, parce que je n'ai jamais été en faveur des frais modérateurs, et il n'y avait qu'une province qui en imposait.

L'honorable Mme Bégin: Non, toutes les provinces. Je m'excuse, même les provinces comme la mienne, d'où je viens, ont répété qu'ils avaient une virginité parfaite sur l'assurance-santé. Quand les fonctionnaires des provinces étaient dans les bureaux de mes fonctionnaires, ici, au lendemain de la comparution de M. Pierre-Marc Johnson au comité de la Chambre, ils ont admis qu'il y avait des frais usagers illégaux, pour une valeur, probablement, de 11 millions de dollars; ça, c'est le Québec.

Le sénateur Flynn: Sur un budget de combien?

L'honorable Mme Bégin: C'est complètement injuste que vous posez la question, comme vous la posez là.

Le sénateur Flynn: Pourquoi?

L'honorable Mme Bégin: La question que vous posez est une distortion de la réalité. La réalité c'est que les usagers ont déjà acheté leur assurance par l'impôt, et ils sont pénalisés par une somme totalisant environ 11 millions de dollars, quand ils sont malades; c'est inacceptable, c'est tout.

Le sénateur Flynn: Je veux bien croire, mais vous ne pensez pas que vous exagérez un peu en disant 11 millions?

L'honorable Mme Bégin: Non, parce que je trouve que c'est la province qui dit qu'elle y croit le plus.

Le sénateur Frith: C'est une question de légalité.

Le sénateur Flynn: Voilà, vous avez l'aide du sénateur Frith.

L'honorable Mme Bégin: Pour répondre,—ces 11 millions, aujourd'hui, avec un règlement—ébauche qui a paru dans *La Gazette officielle* du Québec du 3 août dernier, ce 11 millions devenait 50 millions. Alors, demandez-vous pourquoi les gens sont politiquement fâchés, parce qu'ils sont empêchés de danser en rond, quand cela s'adresse aux malades, qui reçoivent les soins de santé; il y a des milliers de gens et ils ne sont pas contents. Ils veulent faire de l'argent sur le dos des malades mais nous, nous disons non, nous regrettons, mais il n'en est pas question. C'est le seul problème que je ne voudrais pas croire. Derrière chaque ministre de la Santé, il y a un ministre des Finances, et ce dernier veut boucler son budget.

Le sénateur Flynn: Ici à Ottawa, aussi, vous en avez un.

L'honorable Mme Bégin: Oui, mais notre ministre des Finances croit à l'assurance-santé.

[Traduction]

Senator Flynn: It's not the real principle, the principle...

Hon. Miss Bégin: Excuse me please—the only new thing about this bill (which we have clearly stated) which was always in the system, and which in all cases has been put into practice for 18 years—if the provinces had user fees against our bill, these fees were deducted before the federal government paid its share of 50 per cent. So it's not new at all.

Senator Flynn: There were no penalties.

Hon. Miss Bégin: Quite right. We had the big end of the stick; we didn't give them a cent!

Senator Flynn: No, there you're taking it away from them. I have no objection, because I've never been in favour of user fees, and there was only one province that charged them.

Hon. Miss Bégin: No, all of them. Excuse me, even provinces like my own, where I come from, repeated that they were absolutely virgins on health insurance. When the provincial officials were in my officials' offices the day after Pierre-Marc Johnson appeared before the committee of the House, they admitted that there were illegal user fees up to around eleven million dollars. That's in Quebec.

Senator Flynn: On a budger of how much?

Hon. Miss Bégin: You're asking that question completely unfairly, the way you're asking it.

Senator Flynn: Why?

Hon. Miss Bégin: The question you're asking is a distortion. The reality is that users have already bought their insurance through their taxes, and they are being penalized by a sum of around eleven million dollars when they're sick. I don't find that acceptable, that's all.

Senator Flynn: Aren't you exaggerating a little when you say eleven million dollars?

Hon. Miss Bégin: No. The province says it believes in it. More than anyone else.

Senator Frith: This is a legal question.

Senator Flynn: There, you've got Senator Frith to help you.

Hon. Miss Bégin: To answer your question: those eleven million dollars, with that draft regulation that appeared in the *Gazette officielle du Québec* last August (the 3rd, if I remember), turned into fifty million dollars. Now do you wonder why people are angry? And why they are politically angry? Because they are frustrated: I'm talking about sick people and health care... millions of unhappy people. They want to make money from sick people but we are saying NO; there won't be any of that. Behind every health minister there is a finance minister; he wants to tighten his belt and balance his budget.

Senator Flynn: You also have one here in Ottawa.

Hon. Miss Bégin: Yes, but our finance minister believes in health insurance.

[Text]

Le sénateur Flynn: Non, mais votre ministre des Finances vous a dit: «Écoutez, mais tâchez de freiner les contributions aux provinces». C'est là le premier but, c'est là un des objectifs de la loi,—et vous ne pouvez pas dire le contraire.

L'honorable Mme Bégin: Mais non—car les provinces ont trois ans; personne nous a demandé cela, c'est nous qui avons à faire cela aux provinces, elles ont trois ans pour mettre leurs affaires en ordre, et pour récupérer cet argent-là. Alors, je crois que votre accusation, elle ne tient pas. Quand vous dites 11 millions, ce n'est pas beaucoup, c'est vrai et ce n'est pas vrai, et c'est l'histoire qui jugera ce que nous sommes en train de faire.

What is key in the medical care dossier is that it is not a problem of a sudden crisis with respect to a disruption which is easy to demonstrate. It is that type of complicated problem which demonstrates the erosion. Right now in Canada erosion accounts for some \$200 million. It accounted for only \$50 million when I began as health minister some five or six years ago. The problem is when do we pass the judgment that the erosion must be stopped and consolidated? If it is not stopped then the ground around the house will one day collapse. That is the problem when a case of erosion is being considered. History may accuse us of having done it too fast. Well, that is an accusation with which I will live. I say this in the sense that I think it was time to do it since otherwise the practice of extra billing would have become a fact of life built in to contracts between provinces and medical associations.

Senator Flynn: Who knows?

Hon. Miss Bégin: Who knows? That is something I have had to live with for years, something which I kept asking myself. I hope that time will settle the issue. The problem arose when we were in the worst part of the recession. The recession should have been a natural moderator of the situation. It should have controlled extra billing and user fees. However, that is when the problem got larger. I think it is fair to say that most people provincially, that is, senior civil servants, top officials as well as ministers, know that we had a problem. I was told repeatedly in private at the beginning of the dossier, in front of witnesses, to settle the matter. They said they would call me a bitch, or whatever the word is in English, because they had to politically. They told me that the problem had to be settled and that I was the only one who could do it. So we are doing it.

Senator Flynn: As far as extra billing is concerned, I have no quarrel with the principle. I merely say that in other provisions of the bill you are controlling the provinces much better than you were able to do before.

L'honorable Mme Bégin: Voulez-vous m'en donner une seule preuve, sénateur Flynn?

Le sénateur Flynn: C'est que partout où il est question des conditions de paiement de ceci, de cela, on peut faire des règlements, et c'est votre discrétion finale, c'est votre décision ou la

[Traduction]

Senator Flynn: But he told you, "Listen, but try to cut back contributions to the provinces." That's the primary goal, it's one of the objectives of the bill—and you can't say it isn't.

Hon. Miss Bégin: No—the provinces have three years. Nobody asked us for that, we have to do that to the provinces, they have three years to get their affairs in order and recover that money. I don't think your accusation holds up. When you say eleven million, it's not much, that's true and it isn't true. History will judge what we're doing.

Le point dont il faut se rappeler, en ce qui a trait à la question des soins médicaux, est que nous ne parlons pas d'une crise qui est apparue soudainement; c'est facile à démontrer. C'est ce type de problème complexe qui démontre l'existence du processus d'érosion. Au Canada aujourd'hui, cette érosion représente environ 200 millions de dollars alors qu'elle ne représentait que 50 millions lorsque j'ai été nommée ministre de la Santé il y a cinq ou six ans. Le problème est le suivant: quand devons-nous décider que l'érosion doit cesser et qu'il faut prendre les mesures qui s'imposent? Si on ne met pas fin à l'érosion du terrain, la maison s'écroulera un jour. C'est le problème qui se pose lorsqu'on étudie l'érosion. On nous accusera peut-être plus tard d'être intervenus trop tôt. Je suis prête à prendre ce risque car je crois qu'il était temps de prendre une décision, si l'on avait attendu plus longtemps, la surfacturation serait devenue monnaie courante lors des ententes entre les provinces et les associations médicales.

Le sénateur Flynn: Qui sait?

L'honorable Mme Bégin: En effet. C'est un facteur qui me tracasse depuis des années car je me suis toujours posé des questions à ce sujet. J'espère que le temps pourra régler cette question. Le problème s'est présenté lors de la pire période de récession. La récession aurait dû être un modérateur normal de la situation; elle aurait dû limiter la surfacturation et les frais modérateurs. Or, c'est à ce moment-là que le problème a pris de l'ampleur. Je crois qu'il est juste de dire que les provinces, c'est-à-dire les hauts fonctionnaires et les ministres, savaient que nous avions un problème. On m'a demandé à plusieurs reprises, lorsque j'ai entrepris l'étude du système, en privé et devant témoins, de régler la question. Ils ont dit qu'ils m'appelleraient une garce, parce qu'au point de vue politique ils ne pouvaient faire autrement. Ils m'ont dit que le problème devait être réglé et que j'étais la seule personne à pouvoir y arriver. C'est ce que nous faisons.

Le sénateur Flynn: Je ne m'oppose pas au principe de la surfacturation. Je dis simplement que dans les autres dispositions du projet de loi, vous contrôlez les provinces beaucoup mieux que vous ne pouviez le faire auparavant.

Hon. Miss Bégin: Can you give me any evidence of that, Senator Flynn?

Senator Flynn: In every case where it's a question of conditions of payment for this or that, rules can be set, and it's your discretion finally, your decision or the cabinet's that will determine it. Right now it's consensual if . . .

[Text]

décision du cabinet qui sera déterminante. À l'heure actuelle c'est consensuel si . . .

L'honorable Mme Bégin: Non.

Le sénateur Flynn: Vous avez des décisions par le cabinet qui sont finales. J'allais vous demander à propos des divergences de vues des controverses qui peuvent naître entre les deux niveaux de gouvernement. Est-ce que vous ne seriez pas prêt à accepter l'arbitrage obligatoire?

L'honorable Mme Bégin: Nous avons, à la demande des provinces, en particulier à la suggestion pratique de la Saskatchewan, et que vous allez retrouver au paragraphe 14 de la loi,— nous avons ajouté à la suggestion de la Saskatchewan mais qui était en même temps un vœu de toutes les provinces, le processus de consultation. Cependant, nous n'avons pas pu insérer l'arbitrage obligatoire, pour la même raison pratique que j'avais discutée avec mes collègues la dernière fois, à la fin de janvier, qui est celle-ci: Dans un arbitrage obligatoire, vous avez vos deux parties de base, qui sont les deux parties dans le litige, qui nomment la troisième partie, et c'est là que le point de vue pratique est tel que je n'ai jamais entendu quelqu'un me répondre à cela.

Le sénateur Flynn: Ce n'est pas plus difficile, dans un cas comme celui-là, que dans le cas d'une convention collective dans les corps médicaux, et qui prévoirait l'arbitrage obligatoire. Vous parlez d'un «chairman» indépendant. Je ne vois pas quelle serait la différence vis-à-vis un gouvernement provincial ou du gouvernement central, d'avoir un président indépendant.

L'honorable Mme Bégin: Dans la partie à laquelle vous vous référez, c'est un modèle non-obligatoire, offert pour ceux . . .

Le sénateur Flynn: C'est un modèle.

L'honorable Mme Bégin: Ici, nous parlons de voies conventionnelle et opérationnelle et c'est à ce moment-là que nous avons jugé qu'il était plus clair, comme règle du jeu parce que, ce qui est important pour une loi pour qu'elle marche, c'est qu'elle soit claire, pour toutes les parties, et qu'elle soit comprise par le public. Autrement, elle perd énormément de sa valeur, surtout pour protéger une aussi importante institution que «medicare». C'est là que nous avons ouvert sur le Parlement, vers les deux Chambres, pour donner l'aération politique, parce que c'est clair que cette loi a une dimension d'interprétation qui relève, à un moment donné, de l'opinion publique.

Le sénateur Flynn: En pratique, cela devrait créer des conflits qui ne pourront pas se régler par l'opinion publique. C'est une question de piastres et de cents. À tout événement, pour le moment je renonce. Je constate que de toute façon les 10 provinces ne peuvent jamais avoir raison, même si elles sont unanimes.

L'honorable Mme Bégin: Ce qui n'est pas le cas ici.

Le sénateur Flynn: Ou à peu près.

L'honorable Mme Bégin: Pas ici.

Le sénateur Flynn: À moins que j'aie mal lu les interventions devant notre comité.

L'honorable Mme Bégin: Ce n'est pas le cas pour l'assurance-santé, les provinces ne sont pas unanimes.

[Traduction]

Hon. Miss Bégin: No.

Senator Flynn: There are cabinet decisions that are final. I was going to ask you about opposing viewpoints that might spring up between the two levels of government. Wouldn't you be willing to accept binding arbitration?

Hon. Miss Bégin: We have added the consultation process. The provinces asked for it, and Saskatchewan especially made a practical suggestion, you'll find it in subsection 14 of the bill, Saskatchewan suggested it but all the provinces wanted it—the consultation process. However, we weren't able to put in binding arbitration, for the same practical reason I discussed with my colleagues the last time, at the end of January, which is: In binding arbitration you have two sides, the two parties in the dispute, and they name a third party, that's where the practical point of view comes in, and I've never heard anyone give me an answer on that.

Senator Flynn: It's not hard, in a case like this: in the case of a collective agreement in medical bodies which would provide for binding arbitration. You talk of an independent chairman: I don't see where there's be any difference, between a provincial and a central government, in having an independent chairman.

Hon. Miss Bégin: In the party you're referring to, it's a non-binding model, offered by those . . .

Senator Flynn: It's a model.

Hon. Miss Bégin: We're talking about conventional methods of operation: that was when we decided it was clearer, as a rule of the game, because in order for a bill to work, it has to be clear to all parties; it has to be understood by the public. Otherwise it loses a great deal of its value, especially in protecting an institution as important as medicare. That's why we placed the matter before the House and the Senate, to air it politically, because it's clear that this bill needs to be interpreted, at a certain point, by public opinion.

Senator Flynn: In practice that should create conflicts that won't be able to be settled by public opinion. It's a question of dollars and cents. In any event, for the moment I give up. As I see it, the ten provinces can never be right, even if they're unanimous.

Hon. Miss Bégin: That's not the case here.

Senator Flynn: Just about.

Hon. Miss Bégin: Not here.

Senator Flynn: Unless I've misread the evidence given before our committee.

Hon. Miss Bégin: It's not the case with health insurance, the provinces are not unanimous.

[Text]

Le sénateur Flynn: Nous n'avons pas lu la même chose.

Senator Phillips: I have several questions with respect to policy. The amendment put forward in clause 12(2) regarding binding arbitration has produced some rather interesting comments from Ontario. The first one deals with labour negotiation, which is strictly a provincial matter. Were you in contact with the Province of Ontario in that regard?

Hon. Miss Bégin: What time are you speaking of, sir? We speak to each other all the time.

Senator Phillips: Prior to the introduction of the amendment.

Hon. Miss Bégin: I cannot recall. To my knowledge officials in my department were, and I was, in contact personally with other health ministers. However, not with the health minister of Ontario on this particular point. I would like to point out that your basic assumption—

Senator Phillips: It is not my basic assumption, it is the assumption of Ontario.

Hon. Miss Bégin: When you say that this is purely a matter of provincial jurisdiction, then I have to stop you there. In 1966 the second part of medicare came into place and the doctors were covered in that legislation. We have always had the wording that is still in the act, namely that the doctors must receive reasonable compensation from the provinces. However, that was not spelled out any further. Any groups of doctors, for example, could have challenged that at any time. It turned out that it was not challenged over time and no jurisprudence was developed. If it had happened that it was challenged, I suppose my department would have recommended to me that we do something about it. If, however, say 85 per cent of doctors in a given province were satisfied with the settlements offered to them, there would be no problem. They would have gone by a criterion that is not spelled out or known to the party.

However, we felt that it was important and we await the consequences of opening up the old legislation in this section because of modern times, after strong recommendations and pressure from the doctors, and in particular the Canadian Medical Association. The CMA want 12(2) to be mandatory, and they are not satisfied with it the way it is. In the committee of the house, there were long discussions on this matter, and I must remind you that this bill was studied in a very good spirit of co-operation with all political parties in the house. The committee came to the conclusion that a model should be offered but could not be imposed, because that would have been against the Constitution. However, the model should be offered for those who wanted to choose it, and slowly evolve, as a model, a process of negotiations for doctors who do not want to be unionized and, therefore, fall between two stools. Therefore, the bill is not perfect but, in this respect, we have remained in the middle of the road. We are offering a model and those who want can choose it and slowly Canada will choose its model. It will not be chosen by the federal government. The provinces and the provincial medical associations will set the tone. This is intended to be one model so that people are equipped with a

[Traduction]

Senator Flynn: We haven't been reading the same thing.

Le sénateur Phillips: J'ai plusieurs questions à poser au chapitre de la politique. La modification apportée au paragraphe 12(2) sur l'arbitrage obligatoire a suscité des commentaires plutôt intéressants de l'Ontario. Ma première question porte sur les négociations, un domaine qui est du ressort exclusif des provinces. Avez-vous communiqué avec l'Ontario à cet égard?

L'honorable Mme Bégin: A quel moment? Je suis toujours en contact avec l'Ontario.

Le sénateur Phillips: Avant la présentation de la modification.

L'honorable Mme Bégin: Je ne m'en souviens pas. A ma connaissance, des représentants de mon ministère étaient en contact avec l'Ontario et personnellement, j'ai communiqué avec tous les autres ministres de la Santé. Je n'ai toutefois pas parlé au ministre de l'Ontario à cet égard. J'aimerais vous signaler que votre hypothèse de gase...

Le sénateur Phillips: Ce n'est pas mon hypothèse de gase, mais celle de l'Ontario.

L'honorable Mme Bégin: Je vous arrête si vous dites qu'il s'agit d'une question qui relève exclusivement des provinces. En 1966, la deuxième partie du programme d'assurance-maladie est entrée en vigueur et les médecins étaient visés par ces dispositions. Le libellé a toujours été le même: il existe toujours dans la loi: on prévoit que les médecins doivent recevoir une rémunération raisonnable des provinces. Toutefois, on n'a pas donné plus de détails. N'importe quel groupe de médecins, par exemple, aurait pu contesté cette question s'il l'avait désiré. Personne ne l'a contestée et aucun précédent n'a été créé. Si on l'avait contestée, je suppose que mon ministère m'aurait conseillé de faire quelque chose à ce sujet. Si, par exemple, 85 p. 100 des médecins d'une province donnée étaient heureux de ce qu'on leur offrait, il n'y aurait pas de problème. Ils auraient respecté un critère non spécifié ou tout au moins inconnu.

Nous étions toutefois, d'avis que cette question était importante et nous attendons les répercussions de la modification de l'ancien article en fonction des temps modernes; nous avons reçu de sérieuses recommandations à cet égard des médecins, qui ont déjà exercé des pressions, et en particulier de l'Association médicale du Canada. Cette dernière désire que le paragraphe 12(2) soit obligatoire, et n'est pas satisfaite du libellé actuel. Lorsque le Comité de la Chambre des communes a étudié ce projet de loi, on a longuement discuté de cette question; je dois vous rappeler que ce projet de loi a été étudié dans un très bon esprit de collaboration entre tous les partis politiques de la Chambre. Le Comité a conclu qu'un modèle devait être offert mais non imposé, parce que cela irait à l'encontre de la Constitution. Toutefois, le modèle devait être offert à ceux qui désiraient le choisir; il a d'ailleurs proposé que l'on établisse un processus de négociations pour les médecins qui ne désirent pas faire partie d'un syndicat et qui se trouvent de ce fait pris entre deux feux. Ainsi, le projet de loi n'est pas parfait mais nous avons adopté une position médiane. Nous offrons un modèle et ceux qui le désirent peuvent le choisir; progressivement, le Canada choisira son modèle. Le gouvernement fédéral n'impo-

[Text]

tool. However, the idea that we, the federal government, have the power to judge and withhold funds if there is a breach—; if the provinces do not pay their doctors enough—, has always been in the federal legislation.

Senator Phillips: You said that you had read the testimony given by Mr. Norton before the Senate committee in which he stated that, in your private meeting with him, you had indicated you would find a much more acceptable method of negotiation between the provinces and the doctors. Mr. Norton also stated that, when he saw the amendment, he immediately contacted you, reminding you of your indication to him at your private meeting. I re-read the evidence and I did not get an indication of what your reply was to Mr. Norton. Can you tell us what you replied to him when you received his protests on 12(2)?

Hon. Miss Bégin: I received it after the fact.

Senator Phillips: You received it after the fact because you did not notify him of it beforehand. That is the only way you could have—

Hon. Miss Bégin: No, I am sorry senator. In the process of the house or any component of Parliament legislating, I am not at liberty, in a committee, to decide what is to be done. When I visited the provinces the last time, which was in January, I think it is fair to say that most of the provincial ministers said to me: "We dislike the wording, 'reasonable compensation for doctors' and 'adequate funding for hospitals'. We dislike it with a passion." I pointed out to them that that wording has always been there. It has been there since the beginning of medicare. The ministers then said, "Yes, but this wording is not neutral. It looks loaded and it involves a value judgment. How do you define this wording?" I agreed that the wording was not neutral; that it involves a value judgment and it was not clear who should make that value judgment. I indicated to them that we would do our best to find a replacement for that wording. Officials from my department worked on that and the problem was put to the committee of the house. They, in turn, put it to their witnesses.

However, the provinces are not the only party in the institution of medicare and, to sum up rapidly, the end result was that the doctors, who are a key group of players in the health system, said, "No, you must protect us." They, too, had a point and, in the weighing of these contradictory interests, the committee decided in favour of the doctors. As I said, the doctors are not fully satisfied. They wanted it to be compulsory. We kept to a middle-of-the-road, very valid approach by suggesting a process of negotiations that came originally from the doctors, but we left the old sentence the way it was, for want of finding another expression.

[Traduction]

sera pas son choix. Les provinces et les associations médicales provinciales donneront l'exemple. Nous offrons aux gens un modèle dont ils pourront se servir comme instrument de travail. Toutefois, les lois fédérales ont toujours prévu que le gouvernement fédéral aura le pouvoir de trancher et de retenir des fonds si l'on ne respecte pas les dispositions et si les provinces n'offrent pas une rémunération raisonnable aux médecins.

Le sénateur Phillips: Vous avez dit avoir lu le témoignage présenté par monsieur Norton devant notre Comité sénatorial; il a dit que lors de votre rencontre privée avec lui, vous aviez laissé entendre que vous trouveriez une méthode de négociation beaucoup plus acceptable entre les provinces et les médecins. Monsieur Norton a également dit que lorsqu'il a vu la modification il a immédiatement communiqué avec vous pour vous rappeler ce que vous lui avez dit lors de cette conversation. J'ai relu son témoignage et je n'ai pas trouvé votre réponse à monsieur Norton. Pouvez-vous nous dire ce que vous lui avez répondu quand il vous a fait part de ses objections au paragraphe 12(2)?

L'honorable Mme Bégin: Il m'en a fait part seulement après coup.

Le sénateur Phillips: S'il vous en a fait part seulement après coup, c'est que vous ne l'en aviez pas informé auparavant. C'est la seule façon dont vous auriez pu . . .

L'honorable Mme Bégin: Non, je regrette, sénateur. Dans le cadre du processus législatif de la Chambre ou de quelque autre composante du Parlement, je ne suis pas autorisée à prendre de décision lors d'une séance de comité. Je ne crois pas me tromper en disant que, lors de ma dernière visite dans les provinces en janvier, la plupart des ministres provinciaux m'avaient dit: «Nous nous opposons à l'utilisation des termes «rémunération raisonnable pour les médecins» et «montants convenables pour les hôpitaux»; nous les trouvons tout à fait inacceptables.» Je leur ai fait remarquer que ces termes avaient toujours été utilisés, depuis les tout débuts du régime d'assurance-maladie. Les ministres avaient alors répliqué: «Oui, mais ce ne sont pas des mots neutres, ils comportent un jugement de valeur. Quel sens faut-il leur donner?» Je leur avais alors donné raison et j'avais reconnu qu'il n'était pas clair qui allait porter ce jugement de valeur. Je leur avais indiqué que nous ferions de notre mieux pour trouver une formulation plus acceptable. Ainsi, les officiels de mon ministère ont cherché à trouver une solution et le problème a été soumis au Comité de la Chambre, qui l'a à son tour présenté à ses témoins.

Cependant, les provinces ne sont pas la seule partie en cause dans le régime d'assurance-maladie et, pour résumer brièvement ce qui s'est passé, les médecins, qui jouent un rôle clé dans le régime de santé, se sont récriés en disant: «Non, vous devez nous protéger.» Or, leurs arguments n'étaient pas sans pertinence et, après avoir pesé ces intérêts contradictoires, le Comité a décidé en faveur des médecins. Comme je l'ai déjà dit, les médecins ne sont pas entièrement satisfaits, car ils auraient voulu que le processus soit obligatoire. Or, nous avons opté pour une démarche modérée et très valable en recommandant un processus de négociations qui avait à l'origine été proposé par les médecins, mais nous avons conservé l'ancienne formulation, faute d'avoir pu en trouver une meilleure.

[Text]

Let me explain. If we delete from the legislation something that was always there, namely that the doctors must receive reasonable compensation, then any province can settle at a very low fee, either knowing full well or creating directly or indirectly, deliberately or less consciously, another tier of payment coming from the public. The federal government cannot be an ostrich with its head in the sand. We must foresee that these things might happen; we must also foresee that the system in place provincially, both for funding of hospitals and for the fees of doctors, is sufficient, reasonable enough, adequate that the system does not call for another avenue; in other words, obtaining more money via user fees for hospitals or extra billing for doctors. That is the problem with which we were faced and I concluded that I could not accommodate the provinces. We did our utmost to find a way to do so; we could not find a way.

Senator Phillips: In your reply, you kept emphasizing the necessity of protecting the doctors and ensuring that they receive adequate compensation. The medical association of the province of Saskatchewan appeared before our committee, and they emphasized that they have had 22 years of successful and satisfactory negotiations with the government and they disliked the idea of binding arbitration. How do you reconcile the idea of binding arbitration with the view and experience of the Saskatchewan group?

Hon. Miss Bégin: This added process is purely optional. Nobody has to adopt it. It is a process that was suggested by the provinces and it is purely optional. They do not have to follow that or choose that at all, including the element of binding arbitration. I respect the local situations that obtain such as the situation you have described in Saskatchewan. The old rule, in other words, continues to apply, namely, that provided the doctors get reasonable compensation, we do not want to know anything about: they do it the way they want to.

If, however, in a given province they want a spelled-out process, we are offering it. They can choose it. We are, I think, clearly stating that it is optional. The key word is that the province that has chosen to enter into such a process shall be deemed to comply with it. We have insisted on that.

Senator Phillips: I was in Edmonton two weeks ago when Mr. Justice Emmett Hall was speaking to a group sponsored by your department. At that time, he is reported to have said that doctors did not have the right to establish their own fee schedule and that this bill established binding arbitration on the doctors and the provinces. Was Mr. Justice Hall right in his opinion?

Hon. Miss Bégin: Who am I to judge what Mr. Justice Emmett Hall says about medicare. He is one of the fathers of medicare. We all owe him a great deal. He belongs to your political party, so why not ask him yourself? I will not analyze other people's testimony or viewpoints. I think we all owe Mr. Justice Emmett Hall a great deal and I find it interesting to

[Traduction]

Permettez-moi de m'expliquer. Si nous devons retrancher de la loi quelque chose qui y a toujours été, à savoir que les médecins doivent recevoir une rémunération raisonnable, les provinces pourraient décider de fixer des honoraires très bas, créant ainsi, directement ou indirectement, consciemment ou non, un autre niveau de financement pour le public. Le gouvernement fédéral ne peut pas faire l'autruche. Il nous faut admettre que ce genre de chose peut se produire; il nous faut également reconnaître que le régime en vigueur dans les provinces, pour ce qui est tant du financement des hôpitaux que des honoraires des médecins, répond convenablement aux besoins et qu'il n'est pas nécessaire de chercher une autre formule de financement, autrement dit, de permettre l'imposition de frais modérateurs par les hôpitaux ou la surfacturation par les médecins. C'était là le problème qui se posait, et j'ai conclu que je ne pouvais donner satisfaction aux provinces. Nous avons tenté l'impossible pour trouver moyen de le faire, mais en vain.

Le sénateur Phillips: Dans la réponse que vous avez faite, vous avez insisté à maintes reprises sur la nécessité de protéger les médecins et de veiller à ce qu'ils reçoivent une rémunération adéquate. Or, l'Association médicale de la Saskatchewan a comparu devant notre Comité, et elle a bien souligné que ses 22 années de négociations avec le gouvernement avaient donné des résultats satisfaisants et qu'elle s'opposait à la notion d'arbitrage exécutoire. Comment arrivez-vous à concilier l'arbitrage exécutoire avec les vues et l'expérience du groupe de la Saskatchewan?

L'honorable Mme Bégin: Il s'agit d'un processus purement facultatif, que personne n'est obligé d'adopter. Ce sont les provinces qui l'ont proposé, et elles ne sont pas du tout tenues de le suivre, non plus que d'adopter l'arbitrage exécutoire. J'admire les groupes locaux comme celui que vous venez de mentionner qui réussissent à bien se tirer d'affaire. En d'autres termes, l'ancienne règle continue à s'appliquer, à savoir que les médecins doivent toucher une rémunération raisonnable: nous ne tenons pas à savoir comment les provinces s'y prennent, car elles ont toute liberté à cet égard.

Toutefois, s'il y en a parmi elles qui veulent suivre un processus bien précis, elles sont libres de choisir celui que nous proposons. Je crois que nous avons clairement indiqué qu'il est facultatif. Ce qui importe, c'est que la province, une fois qu'elle a choisi de suivre cette formule, en respecte les conditions. Nous avons bien insisté là-dessus.

Le sénateur Phillips: J'étais à Edmonton il y a deux semaines alors que Monsieur le juge Emmett Hall prenait la parole lors d'une assemblée organisée par votre ministère. Ce dernier avait alors, d'après ce que l'on a rapporté, fait remarquer que les médecins n'avaient pas le droit d'établir leurs propres honoraires et que ce projet de loi imposait l'arbitrage exécutoire aux médecins et aux provinces. Avait-il raison?

L'honorable Mme Bégin: Qui suis-je pour porter un jugement sur ce qu'affirme M. le juge Emmett Hall au sujet de l'assurance-maladie? Il en est un des fondateurs, et nous avons une énorme dette de reconnaissance à son égard. Puisqu'il est du même parti politique que vous, pourquoi ne lui demandez-vous pas vous-même? Je refuse d'analyser les témoignages ou

[Text]

listen to someone such as Mr. Justice Hall when he talks on the evolution of such a large institution. Beyond that, I think it would be unfair for me to comment.

Senator Flynn: On a point of order, Mr. Chairman. I do not think the minister should say that Mr. Justice Hall belongs to our political party.

Hon. Miss Bégin: Oh, he doesn't?

Senator Flynn: He is a former member of the Supreme Court of Canada. Although the commission was appointed by a Conservative government, I think it is totally unfair to say that he is a member of our party.

Hon. Miss Bégin: I will say political religion.

Senator Frith: I would have thought you would take that as a compliment.

Hon. Miss Bégin: I would like to see him of our political religion.

Senator Flynn: I do not think it is proper for a cabinet minister to say that a former judge belongs to a particular political party.

Hon. Miss Bégin: Mr. Justice Hall retired a number of years ago.

Senator Flynn: But he has not been involved in politics at all.

Hon. Miss Bégin: I am sure of that. The Honourable David Crombie appointed Mr. Justice Hall as a royal commissioner under the Clark Government.

Senator Phillips: On a point of order, Mr. Chairman. I am perfectly happy to hear the minister say that he belongs to our political party, because she must then recognize that it was our party which initiated medicare.

Le sénateur Tremblay: Vous permettez que je me munisse de mon instrument de travail?

L'honorable Mme Bégin: Ce n'est pas bon pour la santé.

Le sénateur Tremblay: Que voulez-vous, j'en ai déjà fait beaucoup plus long qu'il ne m'en reste à faire, alors, je prends le risque.

Ma première question sera, d'une certaine manière, complémentaire à celle que le sénateur Phillips a posée. Elle se rattacherait aussi à une question que le sénateur Flynn posait, au tout début, au sujet de la constitutionnalité.

Donc, ma question portera sur l'article 12(2), précisément, sur le sujet que l'on vient de discuter. Première question complémentaire, 12(2) ne s'applique qu'à une province où la surfacturation n'est pas permise. Elle ne s'applique pas à une province où la surfacturation est permise, est-ce exact?

L'honorable Mme Bégin: Non, pas tout à fait. Elle peut s'appliquer dans une province qui n'a pas de surfacturation, mais, c'est optionnel.

[Traduction]

les opinions des autres. Je dirai seulement que nous lui sommes tous grandement redevables et que j'aime bien entendre quelqu'un comme M. le juge Hall discourir sur l'évolution d'une institution aussi importante. Je ne saurais en dire plus.

Le sénateur Flynn: Je voudrais faire une mise au point, monsieur le président. Je ne crois pas que le ministre a raison de dire que M. le juge Hall appartient à notre parti politique.

L'honorable Mme Bégin: Il n'en fait pas partie?

Le sénateur Flynn: C'est un ancien membre de la Cour suprême du Canada. Bien que la commission qu'il a dirigée ait été nommée par un gouvernement conservateur, je crois qu'il est tout à fait injuste de dire qu'il est membre de notre parti.

L'honorable Mme Bégin: Je dirai alors qu'il est de votre conviction politique.

Le sénateur Frith: Il me semble que vous auriez dû vous réjouir de cette dénégation.

L'honorable Mme Bégin: Je voudrais bien qu'il ait nos convictions politiques.

Le sénateur Flynn: Je crois pas qu'il soit convenable pour un ministre du Cabinet de dire qu'un ancien juge est membre d'un parti politique en particulier.

L'honorable Mme Bégin: M. le juge Hall est à la retraite depuis un certain nombre d'années déjà.

Le sénateur Flynn: Mais il n'a pas du tout fait de politique.

L'honorable Mme Bégin: Je n'en doute pas. L'honorable David Crombie avait nommé M. le juge Hall pour diriger une commission royale d'enquête alors que le gouvernement Clark était au pouvoir.

Le sénateur Phillips: J'invoque le Règlement monsieur le président. Je n'ai aucune objection à ce que le ministre le considère comme un des nôtres, puisque j'y vois le signe qu'elle reconnaît que c'est notre parti qui a jeté les fondements de l'assurance-maladie.

Senator Tremblay: Will you allow me to take up my working tool?

Hon. Miss Bégin: It's not good for your health.

Senator Tremblay: What can I say, I've been doing it for much longer than the time left to me, I'll take the chance.

In a way, my first question goes with the one Senator Phillips asked. It's also connected with a question Senator Flynn asked at the very beginning, about constitutionality.

My question concerns subclause 12(2), with reference to what we were talking about. First, 12(2) only applies to a province where extra-billing is not allowed. It does not apply to a province where it is allowed, is that correct?

Hon. Miss Bégin: Not quite. It can apply in a province that has no extra-billing, but it's optional.

[Text]

Le sénateur Tremblay: Non, mais, si on commence par lire l'article tel qu'il est rédigé:

Pour toute province où la surfacturation n'est pas permise, il est réputé être . . . etc.

Donc «pour toute province où la surfacturation est permise» tout le reste ne s'applique pas. Il n'y a même pas de modèle de proposé.

L'honorable Mme Bégin: Bien, c'est-à-dire que le modèle existe toujours, mais il ne sera pas valide à nos yeux.

Le sénateur Tremblay: Bien, je pense que je me fais mal saisir. En ce qui concerne la portée de 12(2), cette portée, quelle qu'elle soit—et, je reviendrai là-dessus,—n'existe que pour une province où la surfacturation n'est pas permise.

L'honorable Mme Bégin: Je suis obligée de vous corriger, «ne peut exister» quand c'est optionnel, «a choisi de conclure», «ne peut exister», éventuellement, que pour une province qui n'a pas de surfacturation.

Le sénateur Tremblay: C'est ça. C'est ce que je dis en d'autres termes. Quant à la portée précise de l'article, du fait que c'est optionnel, donc, ce n'est pas imposé aux provinces.

L'honorable Mme Bégin: Oui.

Le sénateur Tremblay: Je pense qu'il est légitime de croire que c'est peut-être constitutionnel de fournir un modèle non obligatoire, mais, si le modèle n'est pas obligatoire, si ce n'est qu'une suggestion, vous attendez-vous à ce que la suggestion s'impose psychologiquement, sinon formellement? De plus, si vous ne pensez pas que cela aura des effets psychologiques, donc, à toutes fins utiles, les effets dans la réalité concrète des comportements des parties en cause, les médecins, notamment, pourquoi l'avoir mis? De deux choses l'une, ou vous espérez que cela aura un effet réel, ou cela n'aura pas d'effet. Si cela n'a pas d'effet, ce n'est pas la pratique des législateurs de légiférer pour ne rien dire. Donc, vous postulez qu'il y aura un effet.

L'honorable Mme Bégin: Est-ce que je peux parler là?

Le sénateur Tremblay: Même si ce n'est pas obligatoire, le postulez-vous?

L'honorable Mme Bégin: C'est une trappe à l'ours plus grosse que la maison. Alors, je ne tombe pas dedans.

C'est évident que l'on ne propose pas une loi pour le plaisir de la chose, et que ce modèle aura, pourra avoir, et, je présume aura des effets qui seront choisis par les parties en cause dans des provinces données. Qu'il reste peut-être local, je n'en sais rien, que, dans 10 ans, nous le revoyons et qu'il soit devenu un modèle partout au Canada, nous ne le savons pas. S'il est bon, c'est ce qui arrivera. Ce modèle nous vient d'une autre partie en cause, les médecins, et ils n'ont pas plus le droit d'être oubliés que les provinces. Ils sont parties, des fois, à intérêt contradictoire.

Si ce modèle-là est choisi, je fais quelque chose de bien pour la province, car je ne me mêle même pas de savoir combien ils paient leurs médecins. Je juge que le modèle remplace, «it replaces the dollars». Je juge que le modèle lui-même comporte suffisamment d'équité et de justice pour qu'il ait nécessairement un bon résultat, et je ne m'occupe plus du résultat.

[Traduction]

Senator Tremblay: No, let's begin by reading the clause as it stands:

In any province where extra-billing is not allowed, it is presumed that . . . etc.

So, "in any province where extra-billing is allowed," the rest of it doesn't apply. There isn't even a model put forward.

Hon. Miss Bégin: Well, the model is always there, but as you see it, it won't be valid.

Senator Tremblay: I guess I haven't made myself clear. What is meant by subclause 12(2), whatever it is—and I'll come back to that—only exists for a province where extra-billing is not allowed.

Hon. Miss Bégin: I must correct you there: "cannot exist" when it's optional, "has chosen to conclude," "cannot exist" or in the long run it can only exist for a province that has no extra-billing.

Senator Tremblay: That's it. That's what I'm saying, but in different words. As to the exact meaning of this clause, since it's optional, it's not being imposed on the provinces.

Hon. Miss Bégin: That is correct.

Senator Tremblay: I think it is legitimate for us to believe that it may be constitutional to provide a non-compulsory model; but if the model is not obligatory, if it's only a proposal, how does it get into people's minds—psychologically? Or should it be put in a more formal way? Then again, if you don't think this will have psychological effects, for all practical purposes, effects in the behaviour of the people involved, particularly doctors, why did you put it there? Either you hope it will have a real effect or it won't. If it has no effect, legislators are not in the habit of legislating to have nothing to say. You presume there will be an effect.

Hon. Miss Bégin: May I speak now?

Senator Tremblay: Even if it's not compulsory, you are postulating it, aren't you?

Hon. Miss Bégin: That's a bear-trap bigger than a house. I'm not falling into that.

This should be obvious: we are not formulating a bill for the fun of it. I presume this model can and will have effects that will be chosen by the parties involved, in the provinces we've been speaking about. It may remain a local or regional thing; I don't know. Maybe in ten years it will become a model all across Canada. We don't know. If it is a good model, that's what will happen. We got this model from one of the other parties involved, the doctors, and they don't have any more right than the provinces to be forgotten. They are involved, though sometimes with conflicting interests.

If this model is the one chosen, I am doing something good for a province, because I don't care how much they pay their doctors. This model "replaces the dollars." I think it is sufficiently just and fair that it will have good results, and I don't think I have to concern myself any further on that score.

[Text]

De toute façon, si ce n'est pas suivi, je m'occupe du résultat. Je passe un jugement de valeur le plus éclairé possible dans une situation conflictuelle, dans un problème donné.

Alors, ce pourquoi les provinces n'aiment pas cet article, je pense qu'il est exact de le dire, c'est parce qu'elles aimeraient continuer le plus longtemps possible à fermer les yeux sur une situation de fait, dans laquelle nous sommes tous impliqués, elles beaucoup plus directement, et c'est la situation par laquelle il n'existe pas de modèle dans la société moderne de la négociation entre les médecins et leur province respective. Elle n'aime pas nécessairement en voir un proposé. Il faut que quelqu'un le propose, quelqu'un doit, quelque part, commencer. Les médecins nous ont demandé que ce modèle soit offert. Il est offert.

Le sénateur Tremblay: Donc, vous escomptez des effets réels. Ce n'est pas pour rien que vous avez soumis cela comme modèle.

L'honorable Mme Bégin: Bien, si le CMA nous l'a proposé, même si ce n'est pas obligatoire—je ne le répèterai jamais assez—mais c'est le même modèle proposé, et cela veut dire que l'ensemble des médecins du Canada y souscrit comme un modèle valable, et pour n'importe qui il a l'air juste, au sens de "fair". Il a l'air vraiment à mettre tous les joueurs en place. Alors, nous l'avons inscrit comme un modèle optionnel.

Le sénateur Tremblay: Dans la mesure où il aura donc des effets, il est équivalent d'une intervention par une législation fédérale dans un champ de compétence provinciale nettement identifié, celui des relations de travail, et des négociations entre employeur et employé et entre divers groupes.

Ceci m'amène précisément à la question constitutionnelle. J'ai pris note que, à votre avis, il n'y a pas de problème constitutionnel dans la formulation et le contenu de ce projet de loi. Je pense que je dois attirer l'attention sur le fait que, selon certains constitutionnalistes que j'ai consultés, il est tout à fait possible que ce soit effectivement inconstitutionnel. Le fait que cela n'ait pas été encore porté devant les tribunaux n'est pas un argument en soi. En cette matière, qui touche évidemment l'exercice du pouvoir de dépenser de la part du fédéral, il n'y a qu'une décision qui a été prise au niveau du Conseil privé en 1936 et 1937, où certains principes ont été formulés dont l'essentiel est ceci: Que le fédéral peut dépenser dans n'importe quel champ, mais, dans ce cas-ci, dans un champ de compétence provinciale, il doit le faire d'une manière qui n'équivale pas à légiférer ou à réglementer dans ce champ, sinon, ce n'est pas constitutionnel. C'est le jugement de Lord Atkin. Je ne fais que mentionner cela pour mémoire, et toutes les causes qui ont décidées par la suite—il y en a trois seulement qui ont posé le même problème—ont toutes référé à cette décision, ce jugement du Conseil privé.

Alors, j'attire votre attention là-dessus que, constitutionnellement, c'est viable. Il y a une véritable question. C'est, d'ailleurs, pourquoi on aurait souhaité et permis que le comité des affaires juridiques et constitutionnelles regarde la chose de plus près. Mais, vous êtes prête à prendre le risque que des causes constitutionnelles puissent être soulevées.

L'honorable Mme Bégin: Bien, j'ai oublié un point fondamental, sénateur Tremblay. Depuis 18 ans,—tout ce que vous

[Traduction]

If it is not followed up, I have to think of the results: I make a value judgment, the most intelligent one that I can in a conflict situation, for a given problem.

Why do the provinces not like this clause? I think I would be right in saying that they would like to close their eyes, as long as they can, to the reality of the situation. It involves all of us; the provinces much more directly. We have no model; modern society has no model for doctors to negotiate with their province. They don't necessarily want to see one put forward. (Madame Bégin said "elle," but I think she was referring to the doctors. Please check this. Trans. note.) Somebody has to propose it; someone, somewhere, has to begin. The doctors asked us to provide this model. We have provided it, we have now put it forward.

Senator Tremblay: So you're discounting the actual, real effects? You knew what you were doing, didn't you, when you put this up as a model?

Hon. Miss Bégin: Well, the CMA suggested it to us, even if it isn't compulsory—I'll never be able to say this often enough—but it is the same model, the same one they suggested, and that means that on the whole, doctors in Canada subscribe to it: they find it a viable model. It looks fair, it seems fair to anyone who reads it. It seems to put every player on the board. That's why we've labelled it an optional model.

Senator Tremblay: As to its effects, it will be just like the federal government putting its foot into provincial jurisdiction, which is clearly defined: work relations, negotiations between employer and employee, and other groups.

Which brings me to the constitutional question. I wrote down what you said: according to you there is no constitutional problem in the wording or the content of this bill. I think I should draw to your attention the fact that some constitutional experts I have consulted with have said that they thought it was quite possible that this bill was unconstitutional. Just because it hasn't gone before the courts is not an argument. We're talking here about federal spending power, and decisions that the Privy Council took in 1936 and 1937 which affected spending power. That decision was that the federal government could dispense money in any field, as long as it had no legal authority over the stated area. *That* wouldn't be constitutional. I believe Lord Atkin rendered this decision, but I'm only quoting from memory. All subsequent cases—and I can only think of three—were referred to this decision of Lord Atkin and of the Privy Council.

Constitutionally it's viable. But there is a real question, and that's why the Standing Committee on Legal and Constitutional Affairs is looking at it so closely. But you are prepared to take the chance that questions, constitutional questions, or rather constitutional issues, can be raised.

Hon. Miss Bégin: Senator Tremblay, I've forgotten a basic point. For the last eighteen years everything you say is fact,

[Text]

avez dit est un fait, mais vous avez oublié une donnée de base,—depuis 18 ans, les provinces, et je ne sais pas quel est le mot juridique exact,—ne me chicanez pas sur le terme,—mais je le prends au sens littéraire, les provinces ont accepté, que nous le soyons par le truchement de notre article, disant que les médecins doivent recevoir une compensation raisonnable dans ce domaine. Nous y sommes déjà. Elles ont, je ne sais pas si c'est le mot «abandonné» ou «accepté», je ne sais pas quel est le mot, mais c'est le fait d'une tradition de 18 ans qui ne peut pas être annulée.

Le sénateur Tremblay: Il y a une différence de nature—

L'honorable Mme Bégin: Cela a été discuté, et cela a été négocié.

Le sénateur Tremblay: Il y a une différence de nature, madame, entre la formulation très générale qui est à 12(1)c), et le modèle que vous proposez, même s'il n'est pas obligatoire.

L'honorable Mme Bégin: Je ne pense pas—

Le sénateur Tremblay: Même s'il n'est pas obligatoire.

L'honorable Mme Bégin: Je ne pense pas. Je pense qu'il est dans la réglementation.

Le sénateur Tremblay: En tout cas, j'attire votre attention là-dessus. J'ai d'autres questions, mais je ne veux pas accaparer trop de temps.

À un moment donné, à une réponse au sénateur Flynn, vous avez dit, si j'ai bien entendu, que l'arrêté en conseil imposant des sanctions serait devant les Chambres pendant 30 jours. Je me permets d'attirer votre attention, à cet égard, sur les paragraphes 3 et 4 de l'article 15, c'est à la page 11, et c'est bien dit à l'article 3, dernier membre de la phrase:

Le ministre fait déposer le texte du décret et celui de l'exposé devant chaque Chambre du Parlement dans les 15 premiers jours de séance de celles-ci suivant la prise du décret.

De toute évidence, tout dépendra de la date, du moment où le décret est pris. S'il est pris en juillet, par exemple, les Chambres ne siégeant pas à ce moment-là, selon le calendrier actuel, elles ne recevront le décret et le rapport qui l'accompagne dans les 15 jours de la session suivante, c'est-à-dire en septembre.

Or, l'article, au paragraphe 4, dit:

Un décret pris en vertu du paragraphe (1) ne peut entrer en vigueur que 30 jours après l'envoi au gouvernement de la province concernée du texte de l'avis prévu au paragraphe (3).

Les 30 jours seront écoulés à ce moment-là, de sorte que les Chambres prendront connaissance du décret après que les jeux auront été faits.

Auriez-vous objection à ce que j'ai cru comprendre, tout à l'heure, dans votre réponse au sénateur Flynn, que votre intention était vraiment que les Chambres prennent connaissance du décret à un moment qui leur permet d'avoir une trentaine de jours de considération du décret, ce qui alors exigerait une clarification à cet article-là? Si l'on disait, par exemple, que le décret ne peut être pris que 30 jours après qu'il a été envoyé

[Traduction]

but you've forgotten one thing. For the last eighteen years the provinces have accepted (there is a legal term for this, but I'm not quite sure what it is, so don't nag me about it) that we *be it*, through this clause that says that doctors should receive reasonable remuneration. We're already there. The provinces have either given up on or accepted (what I'm not sure about is the wording), but this has been going on for eighteen years, and you can't tear them off the calendar.

Senator Tremblay: There's a fundamental difference—

Hon. Miss Bégin: We've talked about it: it's been negotiated.

Senator Tremblay: There is a fundamental difference, Madam, between the very vague, general wording in 12(1)c) and the model that you are putting forward, even if it isn't compulsory.

Hon. Miss Bégin: I don't think so.

Senator Tremblay: Even if it isn't compulsory.

Hon. Miss Bégin: I don't think so. I think it's in the regulations.

Senator Tremblay: Anyway I would just like to draw it to your attention. I have other questions but I don't want to take up too much time.

At one point, in answer to a question from Senator Flynn, if I understand correctly, you said that an order in council imposing sanctions would be before the House and Senate for thirty days. May I draw your attention in this matter to subclauses 3 and 4 of clause 15 of the bill on page eleven. In subclause 3, at the end of the sentence, we read:

and the Minister shall cause the order and statement to be laid before each House of Parliament on any of the first fifteen days on which that House is sitting after the order is made.

As far as we can gather, everything depends on the date when the order is made. If it's made in July, for instance, the House and the Senate are not sitting at that moment (according to our current calendar): they will only receive the order, and the report accompanying it, in the first two weeks of the following session, i.e. in September.

However, subsection 4 of the clause says:

An order made under subsection (1) cannot be put into effect until thirty days after the provincial government concerned is notified of the text in subsection (3).

So, the thirty days will have elapsed, and the House and the Senate will take cognizance of the order after the chips are down.

Would you object to my understanding in your reply to Senator Flynn, a moment ago, that you truly intended the House and the Senate to take cognizance of the order when they could have thirty days to consider it? They would have thirty days to ask for a clarification? Thirty days after it's been sent to the provinces, and thirty days after the House and Senate have been informed? Is that what you intended?

[Text]

aux provinces, et que 30 jours après que les Chambres en ont été informées, si c'était ça l'intention de votre—

L'honorable Mme Bégin: Non. L'intention est certainement que la loi soit en vigueur et que medicare soit en fonctions. Ça, c'est l'intention.

Le sénateur Tremblay: Je ne parle pas de la loi, je parle de la sanction.

L'honorable Mme Bégin: Je répète que l'intention est que l'institution de medicare ne soit pas soumises aux aléas d'un calendrier parlementaire. Ça, c'est certain. Alors, nous avons réconcilié du mieux que nous pouvions, l'équilibre, la connexion, le lien formel entre la décision du cabinet, car tout ceci n'existait pas à date, alors le cabinet décide, et j'impose la sanction, c'est tout. Nous sommes allés, je trouve, beaucoup plus loin pour rendre apparemment «fair»—c'est plus que «fair» en soi—le processus. Si les Chambres siègent, tant mieux; elles siègent à longueur d'année, 10 mois sur 12. Ce que vous décrivez ne peut arriver que durant la période estivale.

Le sénateur Flynn: Non, non, ça peut arriver en janvier aussi.

L'honorable Mme Bégin: De toute façon, les Chambres siègent 10 mois par année, je le répète.

Le sénateur Flynn: Non.

L'honorable Mme Bégin: Bien, la nôtre. De toute façon, la période estivale peut poser un problème pratique, comme vous le dites, mais le but de la loi, dans cette partie-là est clairement de l'amener dans le public, et obligatoirement, la décision du gouverneur en conseil est publiée dans *La Gazette du Canada*, et devient, quels que soient les joueurs en cause, obligatoirement publique. C'est de l'amener dans le public, évidemment, le plus possible, et, c'est le processus politique des choses. C'est ce que nous faisons.

Le sénateur Tremblay: Alors, j'en conclus et là vous me corrigerez si j'en conclus d'une façon erronée . . .

L'honorable Mme Bégin: Oui, sénateur.

Le sénateur Tremblay: . . . que vous ne voulez même pas garantir—je dis bien «garantir»—que les Chambres seront informées avant que le décret n'entre en vigueur.

L'honorable Mme Bégin: Ce qui est la philosophie de l'exécutif qui apparaît derrière cette loi et la philosophie classique, c'est-à-dire que ce n'est pas le Parlement qui applique la loi, c'est le gouvernement, l'exécutif qui applique la loi.

Or, nous avons ouvert autant que nous le pouvions, sur le politique et le public. Fondamentalement, c'est au gouvernement de gouverner. C'est à lui à prendre ses décisions. Là nous avons ouvert autant que nous le pouvions, utilisant les forum qui existaient, c'est-à-dire les Chambres.

Le sénateur Tremblay: Vous avez garanti que le public sache ce qui se passe, mais vous ne garantissez pas que les Chambres le sachent.

L'honorable Mme Bégin: Vous avez pris le cas exceptionnel de l'été.

Le sénateur Tremblay: Pas seulement l'été, Madame Bégin.

[Traduction]

Hon. Miss Bégin: No. Our intention was to get the bill passed and to get medicare going. That's what we had in mind.

Senator Tremblay: I'm not talking about the law, or the bill. I'm talking about sanctions.

Hon. Miss Bégin: May I say this again please? Our intention was not to put medicare under the vagaries of a parliamentary calendar. I can assure you of that. We have tried to reconcile, the best way we could, the balance, the connection, the formal link between the cabinet decision, because none of this existed at that time. The cabinet decides, and I impose sanctions. That's it. I think we have gone farther than anyone to make clear—and fair—the meaning of the word *Process*. If the Houses are sitting, fine. They sit all year, ten months out of twelve. What you're describing can only happen during the summer recess.

Senator Flynn: No, it can happen in January too.

Hon. Miss Bégin: The two houses sit ten months of the year.

Senator Flynn: No.

Hon. Miss Bégin: Ours does. But yes, you are right, the summer recess can be a practical problem. The aim of the bill (in that part of it) is quite clearly to bring it before the public. The decision of the Governor in Council is published in the *Canada Gazette*. Whoever the players are, the game is being played before the public. We want this: we want it to be as public as possible; this is part of the political process, and that's what we're doing.

Senator Tremblay: So, I conclude from that, and please correct me if I have come to any erroneous conclusions . . .

Hon. Miss Bégin: Yes, Senator.

Senator Tremblay: . . . that you don't even want to guarantee (and I say that advisedly) that the House and the Senate will be informed before the order goes into effect?

Hon. Miss Bégin: The philosophy behind this bill, or rather the executive, the classic philosophy, is that Parliament does not administer the Act: the Government, the Executive administers it.

We have opened it up as much as we could: we have placed it before the public and the body politic. The government has to govern. It has to make decisions. We have opened up as much as we could, within the existing forums—by that I mean the House and the Senate.

Senator Tremblay: You gave your word that the public would know what was going on, but you didn't give your word that the two Houses would know what was going on.

Hon. Miss Bégin: You picked up the summer recess: that's an exceptional case.

Senator Tremblay: It's not only the summer, Madame Bégin.

[Text]

L'honorable Mme Bégin: Alors, je pense que ce n'est pas normal qu'une loi aussi fondamentale en plus de cela, soit assujettie aux aléas d'un calendrier parlementaire qui bloquerait le système pendant éventuellement deux mois.

Le sénateur Tremblay: Il s'agit de sanctions à propos desquelles, dans les trois ans qui suivent, vous l'avez souligné tout à l'heure, il est possible à une province qui se convertirait de ne pas être l'objet de sanctions. C'est bien dans le texte, aussi, par ailleurs.

L'honorable Mme Bégin: Non. D'être l'objet de sanctions et de se voir ensuite rembourser les pénalités, c'est différent. L'argent sera enlevé effectivement dès l'application de la loi.

Le sénateur Tremblay: Mais il pourra être remboursé si la province s'amende à la satisfaction du ministre.

L'honorable Mme Bégin: Donc, dans un tel cas, les provinces auront été temporairement soumises à des sanctions.

Le sénateur Tremblay: Donc, l'effet de toutes ces procédures n'est pas final. Je ne vois pas le problème que poseraient même quelques semaines pour garantir que les Chambres soient informées; il y a une telle possibilité que tout s'efface, finalement, dans une période beaucoup plus longue que les quelques semaines dont nous parlons.

L'honorable Mme Bégin: Vous savez, sénateur Tremblay si ce scénario pouvait marcher, on n'aurait pas le problème que l'on a aujourd'hui.

Ça fait cinq ans que les signaux d'alarme sont donnés, que la surfacturation des médecins et les tickets modérateurs ne sont pas acceptables pour le «medicare». Ça fait cinq ans que partout au Canada, les parties dans les provinces et les parties au gouvernement fédéral tirent leur sonnette d'alarme et disent: «L'on s'en va vers du trouble, vous allez nous mettre dans une situation où vous allez nous forcer à légiférer pour clarifier les règles du jeu», ce que nous faisons.

Ça fait cinq ans et puis là vous pensez qu'en deux mois, après avoir un processus consultatif qui va prendre du temps, vous avez vu ce qu'il faut faire, ce n'est pas caché derrière les rideaux cela, les partis politiques, les provinces et nous. Je veux dire quand le ministre fédéral va envoyer sa lettre au ministre provincial X, Y, ou Z pour lui dire: «Eh, mon ami, là tu ne fais pas telle affaire . . . », n'oubliez pas que ce processus dont nous parlons est plutôt exceptionnel dans la pratique.

N'oubliez pas que le processus dont nous parlons ne s'applique ni à la surfacturation ni aux tickets modérateurs. C'est pour des manquements à la loi autres.

Je ne sais pas ce que cela peut être en pratique, je ne veux pas anticiper le pire, alors je ne ferai pas de «wishful thinking», parce que je le veux.

Le sénateur Flynn: Ce n'est pas ce mot-là qu'il faudrait employer, certain.

L'honorable Mme Bégin: Donc si un ministre fédéral envoie d'abord sa première lettre enregistrée, ou son télégramme, le lendemain c'est dans les journaux de cette province-là. Le ministre provincial, c'est dans son intérêt de dire que le gouvernement fédéral lui cause du trouble, chaque fois qu'il est

[Traduction]

Hon. Miss Bégin: Well, I don't think an Act as basic as this one should be subject to a parliamentary calendar that could block the system for as long as two months.

Senator Tremblay: We're talking about sanctions. In the next three years, as you emphasized just now, a province could convert, and escape sanctions. It's in the text.

Hon. Miss Bégin: No. It's not the same thing. Being the object of sanctions and then having your penalties paid back to you is quite different. The money will be taken away as soon as the bill goes into effect.

Senator Tremblay: But it can be reimbursed if the province upgrade itself to the Minister's satisfaction.

Hon. Miss Bégin: So, if that happens, the provinces will temporarily undergo sanctions.

Senator Tremblay: So, the ultimate result of all these procedures is not final. I don't see any problem, especially for a few weeks that it would take to inform the two Houses; it could all so easily disappear in a much longer period than the few weeks we're talking about.

Hon. Miss Bégin: Senator Tremblay, you know that if that scenario could work, we wouldn't have the problem we have today.

The alarm signals have been flashing for five years: doctors' extra billing and user fees are not acceptable for medicare. This has been going on for five years; everywhere across Canada the people involved provincially and federally have been flashing alarm signals and saying, "We're in for trouble: you're going to put us in a situation where you'll force us to legislate, to clarify the rules of the game," which is what we're doing.

This has been going on for five years, and you think that in two months, after a consultation process that's going to take time, you've seen what has to be done, it's open and above board, the political sides involved, the provinces and us. When the federal minister sends a letter to provincial minister X, Y or Z to tell him, "Well, my friend, you're not doing such and such . . ." Don't forget, this process we're talking about is rather exceptional in practice.

It doesn't apply to either extra-billing or user fees. It's for other defaults.

I don't know what that may be in practice, I don't want to anticipate the worst, so I won't indulge in any wishful thinking because I want it.

Senator Flynn: That is certainly not the word that should be used.

Hon. Miss Bégin: So if a federal minister sends his first registered letter, or telegram, it's in the newspapers the next day in that province. It's in the interest of the provincial minister to say that the federal government is causing him trouble, when-

[Text]

opposé au parti fédéral au pouvoir, qui est en place; enfin, c'est la règle du jeu politique canadien élémentaire.

Alors, c'est sûr qu'il y aura eu déjà un très long processus durant lequel la province aura eu le temps de mettre sa maison en ordre tant qu'elle le veut.

Si elle ne l'a pas mis en ordre quand l'arrêté ministériel est signé, c'est parce qu'elle ne veut pas la mettre en ordre tout de suite. Elle ne le fera pas dans les quelques semaines qui suivront.

Le sénateur Tremblay: Alors vous dites que les manquements en question, ça ne peut pas être l'affaire des frais modérateurs?

L'honorable Mme Bégin: Non parce que sur la question des frais modérateurs, c'est une pénalité automatique, exprès pour enlever toute apparence d'arbitrage.

Le sénateur Tremblay: Donc, c'est principalement les articles 8 à 12, tel que c'est défini à l'article 14, et l'article 13 qui peuvent être objets de sanctions.

L'honorable Mme Bégin: Non, ce sont tous les articles de la loi, autres que les tickets modérateurs. Par exemple, ils doivent nous donner une provision de *information* de base, il y a la visibilité, et tous les autres articles de la loi.

Le sénateur Tremblay: C'est ça, c'est ce que je vous dis.

Sous réserve du paragraphe (2) . . .

Ici on ajoute:

Le ministre, après avoir consulté, conformément au paragraphe 2 son homologue chargé de la santé dans une province:

a) soit que le régime d'assurance-santé de la province ne satisfait pas ou plus aux conditions visées aux articles 8 à 12,

b) soit que la province ne s'est pas conformée aux conditions visées à l'article 13,

et que celle-ci ne s'est pas engagée de façon satisfaisante à remédier à la situation dans un délai suffisant, le ministre renvoie l'affaire au gouverneur en conseil.

Donc, ce sont les articles 8 à 12 et l'article 13 qui sont couverts par les sanctions.

L'honorable Mme Bégin: Non, c'est la transférabilité, l'intégralité, l'universalité, ce sont toutes les conditions.

Le sénateur Tremblay: Mais, les articles 8 à 12, c'est ça.

L'honorable Mme Bégin: Ce sont toutes les conditions.

Le sénateur Tremblay: Oui, 8 à 12 c'est ça. C'est là que la transférabilité et tout le reste sont définis. Ici, à l'article 8(2):

La condition de gestion publique suppose que . . .

Et là, à l'article 9, c'est la même chose:

La condition d'intégralité suppose que . . .

L'article 10 aussi la même chose.

La condition d'universalité suppose que . . .

[Traduction]

ever he is of the opposite party to the federal party in power. That's the elementary rule of the Canadian political game.

Of course there will be a long process, during which the province will have time to put its house in order as much as it wants to.

If it hasn't been put in order when the ministerial decision is signed, it's because the province doesn't want to put it in order right away. And It won't do it in the few weeks that follow.

Senator Tremblay: Then you're saying that the defaults in questions are not a matter of user fees?

Hon. Miss Bégin: No, because on the question of user fees it's an automatic penalty, expressly set up to eliminate any appearance of arbitration.

Senator Tremblay: So it's mainly clauses 8 to 12 and clause 13, as defined in clause 14, that can be the object of sanctions.

Hon. Miss Bégin: No, all the clauses in the bill, other than user fees. For example, they have to provide us with basic information, there is visibility, and all the other clauses in the bill.

Senator Tremblay: That's what I'm saying.

"Subject to subsection (2) . . ."

And it goes on:

where the Minister, after consultation with the minister responsible for health care in a province, is of the opinion that

(a) the health care insurance plan of the province does not or has ceased to satisfy any one of the criteria described in sections 8 to 12, or

(b) the province has failed to comply with any condition set out in section 13,

and the province has not given an undertaking satisfactory to the Minister to remedy the default within a period that the Minister considers reasonable, the Minister shall refer the matter to the Governor in Council.

So it's sections 8 to 12 and section 13 that are covered by sanctions.

Hon. Miss Bégin: No, it's portability, comprehensiveness, universality, it's all the conditions.

Senator Tremblay: But it's sections 8 to 12.

Hon. Miss Bégin: It's all the conditions.

Senator Tremblay: Yes, it's 8 to 12. That's where portability and all the rest are defined. Here in subsection 8(1):

"In order to satisfy the criterion respecting public administration . . ."

And here in section 9, the same thing:

"In order to satisfy the criterion respecting comprehensiveness . . ."

Section 10, the same thing:

"In order to satisfy the criterion respecting universality . . ."

[Text]

C'est la même chose pour l'article 11. Alors, lorsque l'on dit les articles 8 à 12, c'est tout cela qui est couvert.

L'honorable Mme Bégin: Non, l'article 13, continuez, là.

Le sénateur Tremblay: Oui, justement, j'en viens à l'article 13, une question précise, quoi qu'il en est sur les autres.

À l'article 13, l'ont dit bien qu'une province est assujettie à:

De s'engager à faire état convenablement des contributions et montants versés par le Canada en vertu de la présente loi dans tout document public ou toute publicité.

Qu'est-ce que cela veut dire «tout document public»?

L'honorable Mme Bégin: Cela veut dire tout document public. Il me semble que cela ne peut pas être plus clair. Je ne comprends pas le sens de votre question, sénateur Tremblay.

Le sénateur Tremblay: Par exemple, les formulaires qu'ils emploient dans les hôpitaux lorsque l'on s'y présente pour faire enregistrer avec la carte, la «Castonguette», comme on l'a appelée. Est-ce que cela est un document public?

L'honorable Mme Bégin: Je vais obtenir certains points de négociation dans mes cinq dernières années, de toutes les provinces, sauf une, que la carte d'assurance-santé de la province porterait aussi le cigle fédéral, le drapeau fédéral. Il y a évidemment, un problème pratique qui est le problème du coût de la reproduction de toutes ces cartes-là. Alors, pour l'instant, ces négociations ont été interrompues il y a déjà belle lurette. Pour l'instant, suite à cette loi, vous verrez dans la loi elle-même que je dois consulter les provinces avant de faire les règlements.

Alors, le but, est évidemment de ne pas faire des troubles non nécessaires aux provinces. Je pense que cela va de soi, l'on veut toujours travailler dans le maximum de collaboration que l'on peut donner aux provinces.

Le but est d'identifier quel type de prospectus ou de documents sur lesquels l'on voudra une ligne mentionnant la contribution fédérale.

Le sénateur Tremblay: Mais là-dessus, vous n'êtes obligée que de consulter, la décision va vous appartenir.

L'honorable Mme Bégin: Oui, je pense que c'est pour des raisons évidentes.

Le sénateur Tremblay: Alors, si vous n'êtes pas satisfaite qu'une province commet une faute à cet égard, les sanctions, qui ne sont pas définies, dans la loi, comme vous l'avez dit d'ailleurs, peuvent s'appliquer par décret.

L'honorable Mme Bégin: Mais, dans ce cas-là, sénateur Tremblay, vous voyez bien tout de suite que, par l'absurde, il n'y a pas un ministre fédéral au monde qui pourra alors l'appliquer publiquement, parce que c'est fondamentalement un acte public, c'est publié dans *La Gazette officielle* du Canada, au moins des moins, si je puis dire. *La Gazette* est examinée à la loupe à tous les jours par des journalistes. Enfin, vous savez comment fonctionne la politique!

C'est impossible que le ministre fédéral applique une sanction d'argent à une province, parce qu'il y a un prospectus sur 10 qui n'aurait pas les mots «ceci est une contribution

[Traduction]

Same for section 11. So when we say sections 8 to 12, all that is covered.

Hon. Miss Bégin: No, keep going, section 13.

Senator Tremblay: Exactly, I'm coming to section 13, and I have a question about that, though it's also about the others.

In section 13 it says that "the government of the province . . .

shall undertake to give appropriate recognition to the contributions and payments by Canada under this Act in any documents, or in any advertising or promotional material . . ."

"Any public document?" What does that mean?

Hon. Miss Bégin: It means any public document. I don't think it could be any clearer than that. I don't understand the meaning of your question, Senator Tremblay.

Senator Tremblay: For instance, the forms they use in hospitals when you go there and present your card (the "Castonguette," as it has been called) to be admitted. Is that a public document?

Hon. Miss Bégin: I am going to get a number of negotiating points in my last five years, from all the provinces except one, that the provincial health insurance card will also carry the federal logo, the Canadian flag. There is a practical problem of course: the cost of reproducing all those cards. At the moment negotiations on that have been interrupted—actually for quite some time. For the moment, with respect to this bill, you will see in the bill itself that I have to consult the provinces before making regulations.

Obviously the aim is not to cause the provinces any unnecessary trouble. I think that goes without saying; we always want to collaborate as much as possible with the provinces.

The aim is to pinpoint what kind of document or prospectus where we want to have a line mentioning the federal contribution.

Senator Tremblay: But you only have to consult; the decision will be yours.

Hon. Miss Bégin: Yes, for obvious reasons.

Senator Tremblay: So if you're not satisfied or if a province defaults on this, sanctions (which are not defined in the Act, as you did say) can be applied by order.

Hon. Miss Bégin: But Senator Tremblay, you can see right away how absurd that would be: there isn't a federal minister in the world who'll be able to apply it publicly. Because it is a public act; it's published in the *Canada Gazette*, and journalists go over those pages with a fine-tooth comb. You know politics, you know how it works.

It's not possible for a federal minister to apply a monetary sanction to a province because one prospectus in ten doesn't

[Text]

fédérale». Ce ministre est foutu. Et le lendemain il n'est plus ministre.

Le sénateur Flynn: Il y en a qui ont survécu à bien d'autres chose.

L'honorable Mme Bégin: C'est ce dont on parle quand on parle du contrôle de la politique. Il me semble que c'est très très clair.

Le sénateur Tremblay: Je vois que c'est assez clair, c'est la discrétion et tout dépendra . . .

L'honorable Mme Bégin: Mais, c'est public. La personne doit convaincre ses 35 collègues du cabinet, son premier ministre et plus, ensuite . . .

Le sénateur Tremblay: On ne peut pas trouver de situation plus publique que notre réunion, et tantôt vous n'avez pas accepté que les Chambres aient la garantie d'être informées en temps opportun.

L'honorable Mme Bégin: Les Chambres ont déjà cette garantie, monsieur le sénateur, car il y a *La Gazette officielle* du Canada dont vous niez l'existence.

Le sénateur Tremblay: Non, à propos du décret et du rapport qui l'accompagnent, vous dites qu'il sera déposé, mais il n'y a pas de garantie qu'il sera déposé en temps opportun.

J'ai une autre question de clarification. A l'article 11(1), (b)ii), au bas de la page 7, à propos du paiement par la province des services lorsqu'ils sont fournis à l'étranger.

Alors, je lis tout simplement ce paragraphe qui commence au bas de la page 7:

(ii) s'ils sont fournis à l'étranger, selon le montant qu'aurait versé la province pour des services semblables, fournis dans la province, compte tenu, s'il s'agit de services hospitaliers, de l'importance de l'hôpital, de la qualité des services et des autres facteurs utiles;

On est à l'étranger, par exemple en Floride, ou ailleurs aux États-Unis. Qu'est-ce que cela veut dire? Est-ce qu'il faudra que la province paie de façon différente d'un hôpital à l'autre, compte tenu de l'importance de l'hôpital et de la qualité des services, et des autres facteurs utiles, lorsqu'il s'agit de paiements à effectuer pour des services reçus à l'étranger?

Je ne vois aucune qualification du même ordre lorsqu'il s'agit de services dispensés au Canada même.

Est-ce que cela va à l'encontre d'une de vos conditions ou de vos principes fondamentaux, l'uniformité, la comparabilité d'une province à l'autre, etc.?

Pourquoi cette qualification, lorsqu'il s'agit de services reçus à l'étranger en matière de services hospitaliers?

L'honorable Mme Bégin: La transférabilité a toujours été une condition de base de l'assurance-santé, dans l'actuel état des choses. Malheureusement, le Québec et l'Alberta, mais surtout le Québec en premier lieu, sont les seules provinces qui ne paient presque pas—c'est regrettable d'être obligé de l'avouer—pour les cas d'urgence à l'étranger. Vos cas électifs de traitements à l'étranger sont soumis en pratique au choix des provinces. Nous le reconnaissons comme étant de l'excel-

[Traduction]

have the words "This is a federal contribution." He'd be finished; the next day he would no longer be a minister.

Senator Flynn: Some ministers have survived a lot more than that.

Hon. Miss Bégin: That's what we're talking about when we speak of political control. It seems very clear to me.

Senator Tremblay: I see it's quite clear: it's discretionary, and everything depends—

Hon. Miss Bégin: But it's public. The minister has to convince his 35 colleagues in the cabinet, and the Prime Minister, and more—

Senator Tremblay: You couldn't find a more public situation than our present meeting, and yet just now you wouldn't even accept that the House and the Senate be given a guarantee that they would be informed in due time.

Hon. Miss Bégin: They already have that guarantee, Senator. There is the *Canada Gazette*, although you seem to deny its existence.

Senator Tremblay: No, I'm talking about the order and its accompanying report. You say that it will be tabled, but there's no guarantee that it will be tabled in due time.

I have another question, a point of clarification. In section 11, subsection (1), paragraph (b)(ii), at the bottom of page 7, about payment by the provinces for services provided out of Canada.

I'll just read the paragraph:

(ii) where the insured health services are provided out of Canada, payment is made on the basis of the amount that would have been paid by the province for similar services, with due regard, in the case of hospital services, to the size of the hospital, standards of service and other relevant factors; and

Suppose we're in Florida, or somewhere else in the United States. What does that mean? Will the province have to pay differently for different hospitals, depending on the importance of the hospital and the quality of its services, and other relevant factors, in considering payments to be made for services received out of Canada?

I don't see any such reservation made about services here in Canada.

Doesn't this contradict one of your conditions or your basic principles of uniformity or comparability of one province to another, etc.?

Why do you make this qualification for hospital services received out of Canada?

Hon. Miss Bégin: Portability has always been one of the basic conditions of health insurance. As things now stand, Quebec and Alberta, unfortunately, but especially Quebec, are the only provinces that practically don't pay—I'm sorry to have to admit it—for emergency services out of the country. When a patient chooses to have treatments out of the country, and that's what we call elective cases, they come under provincial choice. We recognize this, and it is very well administered.

[Text]

lente administration. Alors, ces cas sont soumis à l'approbation première par la province de ce que M^{me} X ou M. Y. puisse aller à la clinique Mayo, ou en Californie, ou je ne sais où, pour les soins en cause. Votre problème pratique où se pose actuellement une discrimination contre les patients au Québec et en Alberta, c'est le problème des cas d'urgence, le Canadien X qui est dans une situation d'urgence à l'étranger. In an emergency, who becomes sick, who pays? Right now in Quebec, unfortunately, the rates are much lower than anywhere else in Canada. They reimburse only the first \$700 plus 50 per cent of anything over \$700. That happens to be much lower a rate than that anywhere in the rest of Canada since medicare existed. Here, we are codifying the practice. That will ensure that Canadians all over the Country will get what has already been the rule under medicare; namely, a proper reimbursement.

Your question suggests that there are value judgments that will take place.

Il va y avoir des jugements de valeur dans le sens qu'il faudra décider. Sur ce point-là, les «guidelines» vont être préparés en collaboration avec les provinces et le gouvernement fédéral. Par exemple, si la personne fait affaires avec un hôpital universitaire, car sa situation requerrait des soins spéciaux, que recevait cette personne dans sa province d'origine comme compensation monétaire. Alors, cela peut être une moyenne générale. Cela peut être l'hôpital X, Y, Z. Cela peut être l'hôpital de sa ville. Ce seront des choses qui seront discutées en détail avec les provinces.

Le sénateur Tremblay: J'ai une question supplémentaire à ce sujet. Le texte, tel que rédigé, s'applique aux services médicaux le standard en vigueur dans la province d'origine du patient, lorsqu'il s'agit de services hospitaliers, car vous faites une distinction entre les services hospitaliers et les services médicaux, les services médicaux n'étant pas évoqués au sujet à une telle qualification, on comprend que les médecins américains recevront le montant qu'un médecin canadien recevrait pour le même acte médical. Par contre, lorsqu'il s'agit de services hospitaliers, vous appliquez ce critère, compte tenu des différences inter-hôpitaux qui peuvent exister dans le pays en question, alors que tout notre système au Canada n'est pas fondé sur un tel critère. C'est la justification de cette différence de traitements au pays, et à l'étranger, en ce qui concerne les services hospitaliers, alors que, ce qui concerne les actes médicaux, il n'y a pas une telle différence. Ce sont les actes tels que payés dans la province canadienne d'origine. Je voudrais avoir le fondement de cela comme principe.

L'honorable Mme Bégin: Le fondement de ceci sénateur Tremblay, est la codification de l'article existant. C'est pour cela que ce n'est pas toujours si évolué ou avancé sur un point ou un autre. Nous n'avons pas refait «medicare». Nous avons codifié la pratique existante. C'est tout. C'est ce qui a toujours existé. Ce n'est peut-être pas toujours l'idéal. C'est peut-être plus clair sur certains points et moins sur d'autres. C'est la réponse à votre question. Évidemment, c'est loin d'être parfait.

Le sénateur Tremblay: Je vous fais remarquer, au passage, que cet article 12 est dans la liste des articles qui peuvent être l'objet de manquements. Les manquements sont établis, à tou-

[Traduction]

These cases are submitted for provincial approval: whether Mrs. X or Mr. Y can go to the Mayo Clinic or California, whatever, for the treatments they need. The practical problem right now is discrimination against patients from Quebec and Alberta, in cases of emergency, when Mr. X from Canada is in an emergency situation out of the country. Dans une situation d'urgence, qui tombe malade, qui paye? A l'heure actuelle, au Québec, les taux sont malheureusement bien inférieurs à n'importe où ailleurs au Canada. On n'y rembourse que les premiers 700 \$, plus 50p. 100 de tout montant excédant 700 \$. Ce qui représente un taux bien inférieur à celui que rembourse le régime n'importe où ailleurs au Canada depuis les débuts. Ici, nous codifions la pratique. Cela permettra d'assurer que les Canadiens du pays tout entier bénéficient d'un remboursement établi en vertu du régime d'assurance-maladie, c'est-à-dire un remboursement convenable.

Votre question laisse entendre qu'on portera des jugements de valeur.

There are going to be value judgements; decisions will have to be made. The provinces and the federal government are preparing guidelines; they're working together on this. For example, take the case of a person who needs special treatment at a university hospital: how does the home province compensate him for that? Should there be a general rule? It could be Hospital X, Y or Z. It could be the hospital in his own home town. These are the things we will be discussing in detail with the provinces.

Senator Tremblay: I have another question on this. As the text of the bill reads, the standard of medical services is taken to be the one in force in the patient's home province. You make a distinction between hospital services and medical services. I don't believe you made the same qualification about medical services. Are we to understand that an American doctor would receive the same amount as a Canadian doctor for the same service? With hospital services you apply this criterion, taking into consideration differences between hospitals in the country in question, whereas our entire system here in Canada is not based on such a criterion. That's the justification for this difference in treatments for hospital services in the country or out of it, whereas with medical services, the difference does not exist. They are paid at the same rate as one would pay in one's own home province. Could you tell me what is the basic principle behind this?

Hon. Miss Bégin: The basic principle, Senator Tremblay, is to codify the existing practice. That's why we haven't evolved or advanced on this point or that. We have not remade medicare. We have codified the existing practice. That's all. It has always been like that. It may not always be ideal, and it may be clearer on some points than on others. That's the answer to your question. Obviously it's far from perfect.

Senator Tremblay: While we're on the subject, I'd like to point out that section 12 is on that list of sections that can be subject to defaults. For all practical purposes defaults are set

[Text]

tes fins utiles, à la discrétion du ministre. Je me demande comment vous pourrez établir s'il y a un manquement à ce propos.

L'honorable Mme Bégin: C'est la situation qui existe depuis toujours, sénateur Tremblay. Cela a toujours été dans la loi, et c'est dans la loi actuelle. Les mêmes questions avec les mêmes points d'interrogation se posent. C'est pour cela que nous avons besoin de «guidelines», discutées avec les provinces pour avoir des espèces de points de repère connus de tous les joueurs.

Le sénateur Tremblay: Une dernière remarque. Ne trouvez-vous pas qu'en matière de précision de la réglementation, de la spécification très précise des conditions, vous allez très loin dans une direction qui précisément peut mener à la question constitutionnelle fondamentale? C'est une simple remarque. Vous réglementez beaucoup.

L'honorable Mme Bégin: Non.

Le sénateur Tremblay: Le principe, c'est que la réglementation doit être formulée d'une certaine manière à ne pas empiéter.

L'honorable Mme Bégin: C'est le contraire. Nous avons enlevé des règlements tout ce que nous avons pu enlever pour le mettre dans la loi, afin que tout le monde connaisse les règles du jeu. Ceci, afin de ne pas donner lieu à l'arbitraire ou, à tout le moins, le moins possible. Dans ce sens-là, c'est une bien bonne loi.

The Chairman: Thank you, Senator Tremblay. Before we proceed any further, I note that the minister has exceeded her time limit, although she seems to be enjoying herself.

Senator Flynn: Mr. Chairman, I have two questions.

The Chairman: Senator Haidasz also has some questions. Perhaps we could keep the questions and the answers to them a little shorter so that we might accomplish more in less time.

Senator Haidasz: Thank you, Mr. Chairman. Even though I approve of medicare and I support Bill C-3, I would like to ask the minister to explain the statement she made today that, if the present practice of extra billing and user fees continues, the medicare system in Canada will collapse. How impending is this collapse?

Hon. Miss Bégin: I do not know, Senator Haidasz.

Senator Haidasz: It will not happen tomorrow, will it?

Hon. Miss Bégin: I do not know. I will tell you why I must, unfortunately, answer in that way. The only fact that we have is the rapid evolution over the past five years: it is a graphic curve, it is easy to illustrate and it is quite serious. The signals of it are sudden new increases to either or both extra billing and user fees. One major signal was given on March 30 of last year by the Province of Alberta—and we must not forget that the provinces have backtracked a great deal—such that \$20 per day would be added, in hospital and so on, in terms of user fees; in all sorts of points of entry into the system, including emergencies. That had never happened in the history of

[Traduction]

up at the Minister's discretion. Could you tell me how you'll be able to establish whether there has been a default?

Hon. Miss Bégin: That's the situation that has always existed, Senator Tremblay. It has always been in the bill and it is in the present bill. The same questions are being asked, with the same question marks. That's why we need guidelines, to be discussed with the provinces, so we can touch base with them, so all the players know the bases they can touch, in a way.

Senator Tremblay: I have one last remark. Don't you think, that in the matter of giving a precise definition to the regulations, of spelling them out exactly, you are going very far towards what may lead to the fundamental constitutional question? It's just a simple remark. You are regulating a lot of things.

Hon. Miss Bégin: No.

Senator Tremblay: In principle, regulations should be formulated so that they don't encroach.

Hon. Miss Bégin: On the contrary: we have taken everything we could out of the regulations and put them in the bill, so that everyone may know the rules of the game. In order to give the least possible amount of space to arbitrary decisions. The least possible. In that sense it is a good bill.

Le président: Je vous remercie, sénateur Tremblay. Avant d'aller plus loin, je signale que la Ministre a dépassé la limite qui lui était accordée, quoiqu'elle semble prendre goût à la discussion.

Le sénateur Flynn: Monsieur le président, je voudrais poser deux questions.

Le président: Le sénateur Haidasz voudrait également poser des questions. Pourrions-nous peut-être essayer d'abréger les questions et les réponses afin d'accélérer.

Le sénateur Haidasz: Je vous remercie, monsieur le président. Bien que j'approuve le régime d'assurance-maladie et que j'appuie le projet de loi C-3, je voudrais demander à la Ministre d'expliquer son affirmation selon laquelle si la surfacturation et l'imposition actuelles de frais modérateurs se poursuivaient, le système d'assurance-maladie canadien s'effondrerait. Cet effondrement est-il imminent?

L'honorable Mme Bégin: Je ne le sais pas, sénateur Haidasz.

Le sénateur Haidasz: Ça n'arrivera pas demain, quand même?

L'honorable Mme Bégin: Je ne le sais pas. Permettez-moi de vous expliquer pourquoi je dois malheureusement vous répondre ainsi. Nous ne pouvons nous baser que sur l'évolution rapide de ces cinq dernières années, évolution qui représente une courbe graphique, facile à illustrer et assez grave, et dont les signes sont la nouvelle augmentation soudaine des cas de surfacturation et d'imposition de frais modérateurs. L'un des principaux signes a été donné le 30 mars de l'an dernier par l'Alberta—et nous ne devons pas oublier que les provinces ont fait marche arrière—qui a décrété que le montant de 20 \$ serait ajouté aux frais quotidiens d'hospitalisation, à tous les points d'entrée au système, y compris le service d'urgence.

[Text]

Canada. It was a sudden move and was not a natural continuation of a curve. It was a brand new jump.

Another significant signal, of course, involved the province of B.C. Another, I would say, is the draft legislation in the Quebec official gazette of last August, which would have increased the user fees to patients—not to chronic care people—by four or five times.

These are the signals of the collapse; I cannot answer your question directly. I am not sent a telegram before these initiatives are taken.

Senator Haidasz: In view of the vehement way in which her provincial counterparts presented their case to our committee last April 4, would the minister be disposed to embrace the salutary and prudent sober second thought, to agree with the wish of her provincial health counterparts, that this legislation be amended in clause 34 such that this act will come into force on April 1, 1985?

Hon. Miss Bégin: What am I being asked to embrace? Who am I supposed to embrace?

Senator Haidasz: Sober second thought, to agree with your provincial counterpart to wait one more year before the act comes into force. Since we are not sure that medicare will collapse over the next 12 months.

Hon. Miss Bégin: It is always a bit amusing to be told, on the one hand via the media, that because I have waited five years I am almost singly responsible for the millions of dollars of user fees and extra billing. Then, on the other hand, I am given hell—elegantly, because it is by you, Senator Haidasz—and am told that I have not waited long enough. Of course, you are expressing the view of the provincial ministers, not of yourself.

I think if I were to do that, senator, I would really not be carrying out my responsibilities. I think it is obviously a question of being fair game for politicians. I have said to honourable senators that there are millions behind this bill. It is normal that there should be political rhetoric. But the real truth is that we have met often. Many of them would like to send me to hell, or perhaps to heaven. They do not like to be told that very soon they will have to put their house in order. There are millions of dollars in question. We have met often. You know that. However, since we must agree to disagree on fundamental issues, if I were to wait until June 30, or whenever, what would that change? We all know that we have agreed to disagree, because they dislike this bill. From the point of view of good penalties, in the sense that they are meaningful and are not so large that they would disrupt the system, this is a good bill, and they know that. That is why they are angry—because it will work. But that is what we want. We want it to work. We want extra billing and user fees to stop. It is true that when the provincial medical associations compare the total number of extra billing and user fees against the total health bill, it represents peanuts. It seems to be a small fraction, perhaps one percentage point. I suggest that is misleading. When we consider

[Traduction]

Cela ne s'était jamais produit auparavant dans toute l'histoire du Canada. C'était une mesure soudaine qui ne se conformait pas à la courbe normale, une mesure innovatrice quoi!

Un autre signal important a été, bien entendu, donné par la Colombie-Britannique. Par ailleurs, un autre signal découle, à mon avis, du projet de loi énoncé dans la Gazette officielle du Québec du mois d'août dernier, lequel aurait eu pour effet de quadrupler ou de quintupler les frais modérateurs imposés aux malades, mais pas aux malades chroniques.

Voilà les signes de l'effondrement; je ne puis vous répondre directement. On ne m'envoie pas de télégramme pour m'informer que ces mesures seraient mises en vigueur.

Le sénateur Haidasz: Vu la façon véhémement dont ses homologues provinciaux ont défendu leur position le 4 avril devant notre comité, la Ministre serait-elle disposée à adopter la seconde option, salutaire et prudente, à se conformer au désir des ministres provinciaux de la Santé, en amendement l'article 34 du projet de loi de sorte que le projet de loi n'entre en vigueur que le 1^{er} avril 1985?

L'honorable Mme Bégin: Que suis-je supposée adopter? Qui suis-je supposée appuyer?

Le sénateur Haidasz: L'idée for sensée de vos homologues provinciaux d'attendre une autre année avant de promulguer le projet de loi, puisque nous ne sommes pas certains que le régime d'assurance-maladie s'effondrera au cours des douze prochaines mois.

L'honorable Mme Bégin: C'est toujours un peu amusant d'apprendre, par les médias, que parce que j'ai attendu cinq ans, je suis presque la seule responsable des millions de dollars qu'ont dépensés les contribuables en frais modérateurs et au titre de la surfacturation. Par ailleurs, on m'en fait voir de toutes les couleurs, vous, en l'occurrence, sénateur Haidasz, et on ne dit que je n'ai pas attendu trop longtemps. Bien entendu, vous exprimez l'opinion des ministres provinciaux, et non la vôtre.

Je crois que si j'acceptais, sénateur, je ne m'acquitterais pas de ma tâche. À mon avis, c'est manifestement un jeu de politiciens. J'ai dit aux honorables sénateurs qu'il est question de millions de dollars ici. Il est normal qu'il y ait de la rhétorique politique. Mais le fait est que nous nous sommes rencontrés souvent. Nombre d'entre eux voudraient m'envoyer paître ailleurs. Ils n'aiment pas se faire dire qu'ils devront sous peu mettre de l'ordre dans leurs affaires. Il est ici question de millions de dollars. Nous nous sommes rencontrés souvent. Vous le savez. Toutefois, puisque nous devons nous résoudre à ne pas nous entendre sur des points fondamentaux, il ne nous servirait à rien d'attendre jusqu'au 30 juin, par exemple. Nous savons tous qu'aucune entente ne sera conclue, parce que les provinces n'approuvent pas ce projet de loi. Du point de vue des bonnes pénalités, des pénalités qui sont significatives mais pas considérables au point de mettre le système sans dessus-dessous, c'est un bon projet de loi, et les ministres provinciaux le savent. C'est pourquoi ils sont fâchés, parce qu'il est efficace. Mais c'est ce que nous voulons. Nous voulons qu'il soit efficace. Nous voulons mettre fin à la surfacturation et aux frais modérateurs. Il est vrai que lorsque les associations médicales provinciales comparent le nombre total de cas de surfactura-

[Text]

the situation in terms of extra money that Canadians who are sick must pay, then there is an urgency about this bill. Every day we wait, more Canadians have to pay more money that they cannot afford, or they do not use the system because they feel they do not have the money to do so. Therefore it is our responsibility to act quickly.

Senator Haidasz: Thank you, Madame Minister. I am satisfied with your reply.

Senator Phillips: I have a brief question. How long would it take the minister and her department to prepare a federal-provincial conference of health ministers?

Hon. Miss Bégin: On what subject matter?

Senator Phillips: Bill C-3.

Hon. Miss Bégin: I do not understand the question. We have already had many meetings on that subject.

Senator Phillips: Provincial ministers of health have indicated a willingness to attend a conference to discuss their objections to this bill. How long would it take the minister and her department to prepare a conference of provincial health ministers?

Hon. Miss Bégin: Senator, why do you ask such a question? What do you think would be achieved by such a meeting? You know that we have met often.

Senator Phillips: I would hope that such a conference could discuss the problems that the committee's report says exist.

Hon. Miss Bégin: Senator, you have to understand that we have agreed to disagree. I have already mentioned that.

Senator Asselin: They did not say that.

Hon. Miss Bégin: You could put us once again in the same room. I changed my complete schedule and went to Halifax. I rushed there, and what happened? I was insulted for two hours, and that was it. I could not speak, and they said "Thank you very kindly", and that was it. So what could be achieved if we had a conference? I cannot see what could be achieved.

Senator Phillips: If a conference were held after the election, you would not be there.

Hon. Miss Bégin: Senator, we are not on the same topic. This bill does not address the main concerns of all of the health players, such as which direction is health in Canada taking, what are the new demands on the system, is there need for new money, and how much, and so on. It is urgent that we address those questions. This bill simply says that we do not want any barriers placed in front of the door. We are saying "Please come through the door freely". It is urgent that we pass this bill and then move to the next step. All of the players know that. The provincial ministers know it. We will continue to

[Traduction]

tion et d'imposition de frais modérateurs à la facture totale des soins de santé, ce nombre est minime, représente une petite fraction, un pour cent peut-être. C'est trompeur à mon avis. Si nous prenons en considération les sommes additionnelles que les malades doivent déboursier, le caractère urgent de ce projet de loi est manifeste. A chaque jour qui passe, de plus en plus de Canadiens doivent déboursier des sommes qu'ils n'ont pas ou encore refusent de recourir au système parce qu'ils ne pensent pas avoir assez d'argent. Il nous faut donc agir vite.

Le sénateur Haidasz: Je vous remercie, madame la Ministre, votre réponse me satisfait.

Le sénateur Phillips: Je voudrais poser une brève question. Combien de temps faudrait-il à la Ministre et à son ministère pour organiser une conférence fédérale-provinciale des ministres de la Santé?

L'honorable Mme Bégin: Sur quel thème?

Le sénateur Phillips: Le projet de loi C-3.

L'honorable Mme Bégin: Je ne comprends pas votre question. Nous avons déjà eu tant de réunions sur ce sujet.

Le sénateur Phillips: Les ministres provinciaux de la Santé ont fait savoir qu'ils étaient disposés à participer à une conférence pour discuter de leurs objections à ce projet de loi. Combien de temps, donc, faudrait-il à la Ministre et à son ministère pour organiser une conférence des ministres provinciaux de la Santé?

L'honorable Mme Bégin: Le sénateur, pourquoi me posez-vous cette question? Quel avantage y aurait-il à organiser une telle conférence? Vous savez que nous nous sommes rencontrés souvent.

Le sénateur Phillips: J'aurais espoir qu'une telle conférence permettrait de débattre des problèmes que le Comité a définis dans son rapport.

L'honorable Mme Bégin: Le sénateur, vous devez comprendre que nous sommes convenus de ne pas être d'accord. Je l'ai déjà mentionné.

Le sénateur Asselin: Ce n'est pas ce qu'ils ont dit.

L'honorable Mme Bégin: Vous pourriez nous réunir encore une fois dans la même pièce. J'ai modifié tout mon programme et me suis rendue en vitesse à Halifax. Que s'est-il passé? On m'a insultée pendant deux heures, et c'est tout. Ils ne m'ont pas laissé parler, m'ont dit «Merci beaucoup», sans plus. A quoi bon organiser une telle conférence?

Le sénateur Phillips: Si une conférence avait lieu après les élections, vous ne seriez pas là.

L'honorable Mme Bégin: Le sénateur, nous ne parlons pas de la même chose. Ce projet de loi ne touche pas aux principales préoccupations de tous les intéressés, c'est-à-dire quelle est l'orientation du Canada dans le domaine de la santé, quels sont les nouveaux besoins du système, faut-il d'autres affectations de crédits et comment, combien et ainsi de suite. Il est urgent que nous nous attaquions à ces questions. Le projet de loi précise simplement que nous ne voulons pas créer d'obstacles. Nous disons «N'hésitez pas à consulter votre médecin au besoin». Il est urgent que nous adoptions ce projet de loi pour passer à la prochaine étape. Toutes les parties

[Text]

work well together after this bill is passed. I can assure you of that.

Senator Phillips: Was funding not discussed in the last three years?

Hon. Miss Bégin: Mr. MacEachen was the Finance Minister in February, 1982 when we were dealing with the funding that is now taking place for the next five years. It will be reopened after five or six years. I believe there was a year's extension. I believe it is 1985-86, but I am not certain.

Senator Phillips: And you have received no representations from the provinces on funding since 1982?

Hon. Miss Bégin: I thought the senator was a politician. Of course, every provincial minister wants more money. That is fair game. So do I want more money from my Finance Minister. That is normal in politics.

Senator Asselin: Mr. Chairman, I have a short question.

Madame Bégin, votre projet de loi, comme vous l'avez dit, ne fait pas l'unanimité.

L'honorable Mme Bégin: Cela dépend de qui vous parlez.

Le sénateur Asselin: Parmi les provinces et parmi les partis d'opposition des provinces, comme, par exemple, votre parti au Québec, au provincial, ce parti s'est joint au parti gouvernemental pour dénoncer certaines parties de votre projet de loi.

L'honorable Mme Bégin: Pas à ma connaissance.

Le sénateur Asselin: Vous avez M. Paradis qui a dit . . .

L'honorable Mme Bégin: Pas à ma connaissance, je le répète.

Le sénateur Asselin: M. Paradis, qui est le porte-parole des affaires sociales, s'est levé à l'Assemblée nationale du Québec, et il a dit que le parti libéral au Québec, siégeant dans l'opposition, votre parti à vous, s'accordait pour dire que le gouvernement avait raison de faire les représentations qu'il vous a soumises, et que le ministre Johnson avait le support de l'opposition officielle.

L'honorable Mme Bégin: Je vous répète que ce n'est pas à ma connaissance. Je suis obligé d'avouer que, lorsque j'ai travaillé avec M. Johnson, c'était en étroite collaboration.

Le sénateur Asselin: Je ne fais pas cette affirmation de façon gratuite. J'ai vu M. Paradis à la télévision, et ses propos ont été rapportés dans les journaux du Québec. Étant donné qu'il n'y a pas seulement les partis provinciaux d'opposition qui semblent approuver les demandes des provinces, étant donné que l'application de cette loi, pour qu'elle réussisse à être appliquée de façon satisfaisante, vous devez avoir la coopération des gouvernements provinciaux, étant donné que les gouvernements provinciaux ont pris le peine de se présenter au Sénat pour nous dire: Écoutez, vos objectifs à vous, le Sénat, c'est de protéger les intérêts régionaux. Alors nous avons des intérêts à protéger et pourriez-vous insister auprès du ministre pour qu'elle nous rencontre de nouveau afin que l'on puisse s'enten-

[Traduction]

intéressées le savent. Nous continuerons à bien travailler ensemble après que ce projet de loi aura été adopté. Je peux vous en assurer.

Le sénateur Phillips: N'a-t-il pas été question du financement au cours des trois dernières années?

L'honorable Mme Bégin: M. MacEachen était ministre des Finances en février 1982 et c'est à ce moment-là qu'a été prévu le financement pour les cinq années suivantes. Les arrangements devant être renégociés après cinq ou six ans. Je crois que l'échéance en a été prorogée d'un an. L'accord doit prendre fin en je pense 1956-1986, mais je n'en suis pas certaine.

Le sénateur Phillips: Et les provinces n'ont jamais depuis 1982 soulevé la question du financement?

L'honorable Mme Bégin: Je me doutais que le sénateur avait l'âme d'un politicien. Bien sûr que chaque ministre provincial veut plus d'argent. C'est la règle du jeu. Moi-même, j'aimerais bien que le ministre des Finances m'en donne davantage. C'est normal en politique.

Le sénateur Asselin: Monsieur le président, j'aurais une petite question à poser.

Your bill, as you said, Madame Bégin, does not have unanimous approval.

Hon. Miss Bégin: That depends who you're talking about.

Senator Asselin: The provinces, and provincial opposition parties, as for example your party in Quebec, the Liberal Opposition there, joined with the Quebec government in denouncing several parts of your bill.

Hon. Miss Bégin: Not to my knowledge.

Senator Asselin: Mr. Paradis said—

Hon. Miss Bégin: Not to my knowledge, I repeat.

Senator Asselin: Mr. Paradis, who is the opposition critic for social affairs, got up in the Quebec National Assembly and said that the Quebec Liberal Party, the official opposition, your party, was in agreement with the representations that the Quebec government submitted to you, and that the minister, Mr. Johnson, had the support of the official opposition.

Hon. Miss Bégin: May I repeat again, not to my knowledge. I must admit that I worked in close collaboration with Mr. Johnson.

Senator Asselin: I'm not talking off the top of my head. I saw Mr. Paradis on television, and his words were reported in Quebec newspapers. Seeing that not only provincial opposition parties seem to approve of the provinces' demands, seeing that the administration of this Act is going to need the cooperation of provincial governments to be satisfactorily administered, and seeing that provincial governments have taken the trouble to come to the Senate and tell us: Listen, your objectives, the Senate's objectives, are to protect regional interests; We do have regional interests to protect, and could you tell the Minister, could you insist that she meet with us again so that she can be quite clear on the exact points that we emphasized in the Senate committee hearings? If the Minister wants this Act to

[Text]

dre sur des points que nous avons soulignés devant le comité du Sénat. Pourquoi le ministre, si elle veut que l'application de cette loi soit universelle, bien reçue et satisfaisante, afin que vous receviez la coopération des ministres provinciaux concernant l'application de cette loi, pourquoi ne tenteriez-vous pas de rencontrer, avant l'adoption de cette loi, vos collègues provinciaux et discuter? Il me semble qu'il n'y a pas seulement votre ministère qui a le monopole de la vérité. Les ministres provinciaux qui sont venus témoigner devant le comité, tout ce qu'ils ont dit ils ne l'ont pas inventé. Il existera sûrement des problèmes en quelque part. Alors, la seule demande que certains sénateurs vous font, madame le ministre, c'est que, avant l'adoption de cette loi, vous rencontriez vos collègues provinciaux pour éclaircir ou élucider certains aspects du projet de loi qui sembleraient difficiles d'application pour les provinces.

L'honorable Mme Bégin: Honorable sénateur Asselin, je pense que lorsqu'on tient un discours comme celui que vous venez de tenir, si l'on n'est pas sûr que l'on est pour ou contre le projet de loi, si l'on n'est pas sûr qu'on est pour ou contre la surfacturation, l'on n'est pas sûr si on est pour ou contre le ticket modérateur, le problème de cette loi, c'est qu'il touche, en le consolidant et en le clarifiant, un domaine techniquement de juridiction provinciale. En pratique, c'est un domaine impliquant aussi le fédéral et, en plus, touchant les joueurs clé, comme les travailleurs de la santé, les médecins en particulier, etc. Chacune de ces parties en cause a la possibilité de figer ou de bloquer le système. Aucune n'a le monopole de pouvoir le faire fonctionner.

Chacun de ces joueurs peut le bloquer, aucun n'a le monopole de le faire marcher. Il est donc d'autant plus délicat et important d'avoir de la sagesse dans la manœuvre de planification à travers le bill C-3. Le bill le fait.

Posez-vous d'autres questions, qui sont celles-ci. C'est un de ces cas où c'est vrai que la nature du Sénat c'est de représenter les intérêts régionaux. D'accord. Mais, vous n'êtes pas, non plus les gens qui sont à la solde des ministres provinciaux. Ce n'est pas votre rôle.

Le sénateur Asselin: Non, aucun.

L'honorable Mme Bégin: Alors, le problème qui me semble particulier—puis, là, c'est seulement ma réflexion personnelle, je suis un peu mal à l'aise de l'exprimer—c'est que les régions aussi sont nécessairement représentées à la Chambre des communes. Ce qui m'a frappé c'est que tous les partis de la Chambre des communes ont voté unanimement, et, dès la présentation du projet de loi, ils ont accordé leur support. Cela ne veut pas dire que nous n'avons pas proposé d'amendements. Je trouve qu'ils ont tous très bien travaillé, mais, lorsqu'on dit: Les provinces ne sont qu'une des parties en cause, elles ont un «invested interest», j'irais même jusqu'à dire qu'elles ont un conflit d'intérêt. Les provinces donc—non, moi, je n'en n'ai pas, monsieur, parce que je ne fais pas d'argent avec «medicare», j'en paie.

Le sénateur Asselin: Les provinces font de l'argent?

L'honorable Mme Bégin: Mais, j'aimerais en faire. Toutefois, je trouve que dans le dossier que nous étudions—je ne pense pas que vous compreniez comment marche l'assurance-

[Traduction]

be administered universally, to be satisfactory and well received by everyone, so that you get the cooperation of provincial ministers in its administration, why would you not try to meet with your provincial colleagues and discuss it, before the bill is passed? Your department, it seems to me, is not the only one with a monopoly on truth. The provincial ministers were not inventing the evidence they gave before this committee. I know that there will always be problems somewhere. All we are asking, or what some senators are asking, Madame Minister, is that you meet with your provincial colleagues before this bill is passed, to clarify or elucidate a number of points in the bill which might be difficult for the provinces to administer.

Hon. Miss Bégin: Honourable Senator Asselin, when someone makes a speech like the one you have just made, if that someone is not sure whether he is for or against the bill, or whether he is for or against extra-billing or user fees, I think the problem with this bill is that it touches an area (and it consolidates and clarifies it) which is technically under provincial jurisdiction. In practice it also involves the federal government and the key players like health workers and doctors. Each one of these parties involved can block or freeze the system. No one can make it run all by himself: no one has that monopoly.

Each one can block it, but no one has the monopoly on making it run. It's very important—and extremely delicate—to know how to manoeuvre the planning of Bill C-3. The bill does it.

Ask yourself other questions, like this one. It's true that the nature of the Senate is to represent regional interests. Fine. But you're not being paid by provincial ministers; that isn't your role.

Senator Asselin: No, not at all.

Hon. Miss Bégin: So as I see it, with this particular problem, although these are just my own thoughts on the matter, I may be a bit awkward in expressing it, but the regions are also represented in the House of Commons. I was struck by the fact that all the parties in the House voted unanimously, and that as soon as the bill was presented, they all gave it their support. That doesn't mean we haven't proposed amendments. Everyone has worked hard and very well, but when someone says the provinces are only one of the parties involved, they have a vested interest, I would go so far as to say they have a conflict of interest. I don't have any; I don't make any money on medicare; I pay into it.

Senator Asselin: The provinces make money?

Hon. Miss Bégin: I'd like to myself, but Senator Asselin, in the document we are examining, I don't think you understand how health insurance works. I'll try and explain it to you, but it's not easy to sum it up so quickly.

[Text]

santé, sénateur Asselin. Je vais essayer de vous l'expliquer, mais ce n'est pas facile de le résumer si vite.

Le sénateur Asselin: Je comprends plus que vous ne le pensez.

L'honorable Mme Bégin: Vous ne comprenez pas que, à travers la nouvelle entente de financement, qui date de 1977, et que l'on appelle financement global, parce que la loi n'était pas spécifique partout où elle aurait peut-être dû l'être, et parce qu'elle avait été fondée sur la bonne foi des joueurs en cause à l'époque. Des provinces en ont profité pour tirer des revenus sur le dos des malades, revenus qui sont contre et qui ont toujours été contre l'esprit de l'assurance-santé. En plus de cela, elles n'ont pas légiféré, sauf une, dans un domaine qui est strictement le leur, à savoir, l'existence de la surfacturation par les médecins.

Le sénateur Asselin: On s'entend sur cela.

L'honorable Mme Bégin: Je ne crois pas. Vous ne comprenez pas que—

Le sénateur Asselin: Sur le principe de la surfacturation, on s'entend; sur les frais modérateurs, on s'entend.

L'honorable Mme Bégin: Je ne crois pas. Vous ne comprenez pas que, à cause de cela, ce sont les provinces qui ont directement un conflit d'intérêt. Elles sont en conflit d'intérêt. Elles ne peuvent pas être une partie—comment vais-je dire cela—neutre et objective. Mais, elles le savent très bien.

Le sénateur Asselin: Dites-leur publiquement.

L'honorable Mme Bégin: On s'est beaucoup rencontré. C'était mon dernier point. On s'est beaucoup rencontré. Les provinces connaissent très bien le projet de loi. On ne peut pas négocier des principes, sénateur Asselin. Je n'ai pas, moi, la possibilité de négocier des principes. Des principes de base, ce n'est pas négociable. Tout ce qui était négociable, on l'a négocié.

Le sénateur Asselin: Alors, je prends note que vous refusez de rencontrer à nouveau les provinces.

Le sénateur Flynn: Alors, quand on parle du modèle de convention avec les médecins comprenant l'arbitrage obligatoire, est-ce que ce modèle est un modèle que le gouvernement, dont elle fait partie, accepterait, par exemple, à l'endroit des fonctionnaires, l'arbitrage obligatoire? J'ai toujours cru que le Parlement et le gouvernement refusaient d'être liés par une décision arbitrale.

L'honorable Mme Bégin: Je ne suis pas au courant de ces questions, sénateur Flynn.

Le sénateur Flynn: Non, mais vous parlez d'un modèle. Alors, le modèle que vous offrez aux provinces, vous ne l'acceptez pas nécessairement pour le fédéral?

L'honorable Mme Bégin: Il faudrait que vous demandiez au CMA où ils ont pris ce modèle. Ils ont fait une étude—

Le sénateur Flynn: Non, non, je parle de l'arbitrage obligatoire.

L'honorable Mme Bégin: Voulez-vous m'écouter, s'il vous plaît, c'est vraiment difficile. Je répète—là, vous faites de

[Traduction]

Senator Asselin: I understand more than you think I do.

Hon. Miss Bégin: You don't understand that through the new financing agreement, which dates from 1977, and which is called overall financing, because the Act wasn't specific in every place where it perhaps could have been, and because it was based on the good faith of the players involved at the time. Provinces took advantage of this to make money almost literally off the back of sick people, and such revenues are and always have been contrary to the meaning of health insurance. Furthermore, except for one province, they haven't passed any legislation in an area which is strictly their own: the existence of extra-billing by doctors.

Senator Asselin: We're agreed on that.

Hon. Miss Bégin: I don't think so. You don't understand that . . .

Senator Asselin: We're agreed on the principle of extra-billing, and on user fees.

Hon. Miss Bégin: I don't think so. You don't understand that because of this, the provinces have a direct conflict of interest. They are in direct conflict. They can't be a neutral or objective party; they are involved. And they know it, only too well.

Senator Asselin: Well tell them. Tell them publicly.

Hon. Miss Bégin: We have met with each other many times. That's my last point: we have often met. You cannot negotiate principles, Senator Asselin. Or at least I can't. Basic principles are not negotiable. We have negotiated on everything that was negotiable.

Senator Asselin: I am taking note of the fact that you refuse to meet the provinces again.

Senator Flynn: When we talk about a model, the model agreement with doctors, including binding arbitration, is this a model that the government of which Miss Bégin is a member would accept for its public servants, for instance, including binding arbitration? I always thought that Parliament and the government refused to be bound by compulsory arbitration.

Hon. Miss Bégin: I don't follow your question, Senator Flynn.

Senator Flynn: You're talking about a model. You're offering a model to the provinces, but you don't feel you have to accept it for the federal government?

Hon. Miss Bégin: You'll have to ask the CMA where they got this model. They did a study . . .

Senator Flynn: I'm talking about compulsory binding arbitration.

Hon. Miss Bégin: Please, you're not listening, and this is really difficult. You're systematically obstructing: I don't know whether you are against the bill and in favour of extra-billing.

[Text]

l'obstruction systématique—je ne sais pas si vous êtes contre le bill et pour la surfacturation.

Le sénateur Flynn: Non, non, ah non. Vous pouvez dire ce que vous voulez, mais, tout de même, ne dénaturez pas les propos. Je vous ai posé des questions, et vous n'êtes aucunement justifié de répondre comme vous répondez.

L'honorable Mme Bégin: alors, laissez-moi répondre.

Le sénateur Flynn: Bien, oui, mais répondez aux questions au lieu d'à côté, ça irait beaucoup mieux.

L'honorable Mme Bégin: Laissez-moi répondre.

Le sénateur Flynn: Bien, allez-y, reprenez-vous.

L'honorable Mme Bégin: Je suis ministre de la Santé.

Le sénateur Flynn: Bien, oui, je le comprends.

L'honorable Mme Bégin: Ceci est un bill de la santé.

Le sénateur Flynn: D'accord.

L'honorable Mme Bégin: Vous me posez des questions au sujet de relations ouvrières, et vous savez très bien que cela est hors du bill et que ce devrait être jugé non pertinent.

Le sénateur Flynn: Toute de même, c'est dans votre bill.

Le sénateur Tremblay: C'est dans votre bill.

L'honorable Mme Bégin: Je regrette, votre question n'avait aucun rapport avec le bill.

Le sénateur Flynn: Dites donc que vous ne voulez pas répondre, ce sera beaucoup plus simple.

L'honorable Mme Bégin: Je vous l'ai déjà dit, mais vous continuez à insister. Alors, vous allez me laisser finir. Je vous répète que le CMA a fait une étude dans d'autres pays et des techniques provinciales et fédérales de négociations existantes au Canada, d'où ils ont tiré ce modèle. Cela comporte, entre autre, un volet fédéral, mais je ne suis pas une familière des relations du travail.

Le sénateur Flynn: La deuxième question, vous parlez de la question de l'argument public. Cette carte-là de l'assurance-santé du Québec, vous voulez la changer comme condition de paiement aux subventions des provinces, parce qu'il n'y a aucune mention de contribution au fédéral. Puis, j'ai regardé la carte de mon collègue, le sénateur Haidasz de l'Ontario, et il n'y a aucune condition, non plus. Est-ce que vous voulez poser comme condition qu'il y ait une référence spécifique à la contribution fédérale?

L'honorable Mme Bégin: Pas nécessairement, sénateur Flynn.

Le sénateur Flynn: Pas nécessairement.

L'honorable Mme Bégin: Comme je l'ai dit plus tôt, ce sont des documents publics où nous voudrions en voir mention. Ceci sera discuté avec les provinces.

Le sénateur Flynn: Mais, en principe, vous pourriez le faire avec l'autorité que vous donne la loi.

Ma dernière question a trait aux propos du ministre concernant les frais modérateurs et la surfacturation.

Nous sommes tous d'accord que c'était le gros problème, au moins dans l'opinion publique, alors pourquoi le ministre ne

[Traduction]

Senator Flynn: No, no, no. You can say what you like, but don't distort my words. I asked you some questions, and you have no justification in answering the way you are.

Hon. Miss Bégin: Then allow me to answer.

Senator Flynn: Fine, but answer the questions instead of going off on a side tack. That would be a lot better.

Hon. Miss Bégin: Let me answer.

Senator Flynn: Go right ahead.

Hon. Miss Bégin: I am the Minister of Health.

Senator Flynn: Yes, I understand that.

Hon. Miss Bégin: This is a health bill.

Senator Flynn: Correct.

Hon. Miss Bégin: You're asking me questions about worker relations. You know very well that's outside the bill and should be deemed irrelevant.

Senator Flynn: It is in your bill, just the same.

Senator Tremblay: It is in your bill.

Hon. Miss Bégin: I'm sorry, but your question had no relations to the bill.

Senator Flynn: Then say that you don't want to answer; that would be much simpler.

Hon. Miss Bégin: I've already told you, but you keep on insisting. I repeat, the CMA did a study in other countries and here in Canada: they studied existing federal and provincial negotiating techniques, from which they drew this model. Of course there is a federal part in it, but I am not familiar with labour relations.

Senator Flynn: My second question concerns your statement about the public argument. That card, the Quebec health insurance card, you want to change it as a condition of payments or grants to the provinces, because there is no mention of any federal contribution. I looked at Senator Haidasz' card; he is from Ontario, and there is no condition there either. Do you want to set down as a condition that there be a specific reference to the federal contribution?

Hon. Miss Bégin: Not necessarily, Senator Flynn.

Senator Flynn: Not necessarily.

Hon. Miss Bégin: As I said earlier, these are public documents; we would like to see a mention. This will be discussed with the provinces.

Senator Flynn: But in principle, you could do it with the authority that the Act gives you.

My last question concerns the Minister's statements about user fees and extra-billing.

We all agree that this was the big problem, at least as public opinion saw it. Why, then, was the Minister not satisfied (it

[Text]

s'est-elle pas contentée, cela aurait été suffisant, d'amender ou de modifier la loi actuelle en ajoutant les dispositions contenues dans les articles 18 à 22? Cela aurait été satisfaisant au moins pour régler ce problème-là, qui était des plus urgents, comme vous l'avez dit.

L'honorable Mme Bégin: Non, sénateur Flynn, pour une bonne raison, pour qu'une loi marche, pour qu'une loi fonctionne, pour qu'une loi représente la justice—et j'attache la plus grande importance à chacun de ces mots-là—il faut qu'elle soit comprise, connue, comprise le mieux possible du public, des parties en cause. Donc, j'ai toujours été frappée par la profonde injustice des gens qui disaient: Le patient s'il n'a pas d'argent, a juste à négocier, avec son médecin, ou avec son hôpital. Un patient n'est pas un égal d'un docteur. Un patient n'est pas l'égal d'un hôpital. Ce même problème se pose dans le fait que le patient, au Canada, ne connaissait pas et connaîtra, je l'espère, nettement mieux maintenant, avec un seul projet de loi relativement facile à comprendre et simple, ce qu'est l'assurance-santé, puis où, lui, le patient se situe dans l'assurance-santé. C'est le but de cette loi dans un seul document.

Le sénateur Tremblay: Sur un premier point, vous avez fait grand état de chaque jour qui passe et qui affecte des gens qui sont dans le besoin, qui sont malades. Je vous fais remarquer que, dans votre propre texte, il est stipulé: «Qu'aucun montant ne peut être déduit au titre des frais modérateurs ou de surfacturation—lorsqu'ils sont en vigueur quelque part—entre le 1^{er} avril 1984 et le 30 juin 1984».

Dans ce contexte-là, il est apparu à certains membres, en tout cas du Sénat, qu'il était raisonnable que, avant le 1^{er} juin vous preniez la peine de clarifier certains points qui pourraient encore l'être en rencontrant vos homologues provinciaux. En proposant cela, nous n'intervenons absolument pas, nous ne gênons absolument pas la mise en œuvre de la loi telle que vous la définissez vous-même, et qui, selon laquelle, il n'y aura pas de frais, de sanctions dans les trois premiers mois de l'année en cours, c'est-à-dire du 1^{er} avril au 30 juin.

Cela dit, je me permets une autre remarque en ce qui concerne ce que l'on a appelé le «funding», la dotation, si l'on veut, du programme. Le projet de loi C-12, qui est devant le Sénat, limite à 6 et 5 p. 100 la croissance des dépenses, des contributions, c'est-à-dire—alors que, pour les deux années en cours, 83-84, 84-85, le PNB brut, qui servait jusque là de critère, avait une croissance nettement plus élevée que cela, et, unilatéralement, le fédéral a décidé de réduire sa participation au financement des programmes de santé, comme à ceux de l'enseignement postsecondaire. Là-dessus, il y a vraiment une question que l'on peut se poser. Si les contraintes inscrites par ce bill C-3 s'ajoutent à une réduction de ce qu'auraient été autrement les contributions fédérales, je pense bien que, à toutes fins utiles, vous mettez sur les provinces un fardeau qu'elles n'auraient pas eu autrement.

Hon. Miss Bégin: With respect to the first question regarding the three months needed after the law has been passed in order to build up the bank of information, if I were to meet once more with the provincial ministers without stating the purpose then the most elementary thinking would be that we would amend the law again. Thus, the law would not be the

[Traduction]

would have been satisfactory) with amending the present bill and adding the provisions contained in clauses 18 to 22? That would have dealt satisfactorily with that problem, which was extremely urgent, as you said.

Hon. Miss Bégin: No, Senator Flynn, and for a good reason. In order for an Act of parliament to work, to function, and to represent justice—and I attach the greatest importance to each one of those words—it has to be understood: it has to be known and understood in the best possible way by the public and the parties involved. I have always been struck by the profound injustice of people who said “If a patient doesn't have any money, all he has to do is negotiate with his doctor or with his hospital.” A patient is not the equal of a doctor, or of a hospital. This same problem comes up in the fact that in Canada the patient didn't know but now, I hope, will know much better, with one single bill, relatively simple and easy to understand, what health insurance is, and where he is, in relation to it. That is the aim of this bill in one single document.

Senator Tremblay: A first point: you've made a big thing about every day going by and affecting people in need who are sick. May I point out to you that your own text stipulates that “No money may be deducted by virtue of user fees or extra-billing—where they are in force—between April 1 and June 30, 1984.”

In this context, it seemed to certain members, of the Senate in any case, that it was reasonable that before June 1st you might take the trouble to clarify certain points that might still be there, by meeting with provincial health ministers. In making this suggestion, we are not intervening or hindering in any way the implementation of the bill as you yourself define it, according to which there will be no fines or sanctions in the first three months of the current fiscal year, from April 1 to June 30.

Having said that, I would like to make another remark concerning the funding of the program. Bill C-12, which is before the Senate, limits spending increases for contributions to 6 and 5 per cent, whereas for the two years 83-84 and 84-85 the GNP, which until then served as criterion, had a much higher growth rate than that, and the federal government decided unilaterally to cut down its share of funding health programs, as it did with postsecondary education programs. Here we have a real question. If the restraints prescribed in Bill C-3 are added to what would otherwise have been the federal contributions, I think that for all practical purposes you are putting a burden on the provinces which they wouldn't otherwise have had.

L'honorable Mme Bégin: Pour ce qui est de la première question, c'est-à-dire le délai de trois mois nécessaire, après l'adoption du projet de loi, pour mettre sur pied la banque de données, si je devais une fois de plus rencontrer les ministres provinciaux sans leur expliquer le but de notre réunion, il y aurait tout lieu de croire que nous modifierions la loi à nou-

[Text]

law. Each time this procedure is followed I need another three months after it is passed in order to build up the bank of information.

With respect to your second question, I am very pleased you have raised it and made the points you have, Senator Tremblay, because your information is absolutely erroneous. The six and five program does not apply to medicare. Medicare has been fully exempted from that program—something of which I am very proud. I am proud of our government for having exempted medicare. Over the last years each province in Canada received an average 13.3 per cent increase to their medicare programs. This year the increase is an average of 10 per cent over last year. In the coming years it will be along the same lines as per our projections.

I do have to leave now, Mr. Chairman. Will you please excuse me?

The Chairman: Thank you for coming, Madame Bégin. I am sorry for having held you up, but it was worth it.

We can now go back to the possibility of considering the bill clause by clause. However, since we have jumped from every clause in the first part of the bill to the last part of the bill perhaps it would be in order for us to consider the bill as a whole.

Senator Frith: Mr. Chairman, this has been a very useful session, as have the previous sessions of the committee. I think we will all agree that the minister had given uninstinctively of her time. Whether or not every senator agrees with her point of view is, of course, another matter.

We started out with the idea of a clause by clause study and then we seemed to centre on some of the most controversial clauses of the bill. We then decided to ask the minister questions with respect to matters of policy. However, in the course of asking those questions it seemed to me we centred on all sections of the bill and got into some considerable details with respect to the working of the sections which I think caused the greatest concern. Therefore, I think the bill has received adequate study by the committee. The evidence I have heard has persuaded me that we should report it without amendment. Of course, there will be time at third reading debate in the House to present amendment.

Therefore, I move that we report the bill without amendment, Mr. Chairman.

Senator Phillips: I would like to ask one question with respect to clause 14 before the motion is put, Mr. Chairman.

The Chairman: Yes, go ahead.

Senator Phillips: Clause 14(2)(a) reads as follows:

(a) send by registered mail to the minister responsible for health care in the province a notice of concern with respect to any problem foreseen;

I am having trouble interpreting the purpose of the word "foreseen". Would it not be better to replace the word "foreseen" with the word "arising"? To me the word "foreseen" allows the federal government to say to the provinces, "We see a problem developing, the problem has not necessarily arisen."

[Traduction]

veau. Ainsi, elle n'aurait aucune force. Chaque fois qu'une telle chose se produit, il me faut un délai de trois mois après l'adoption pour mettre sur pied la banque de données.

Quant à votre deuxième question, je suis très heureuse que vous l'ayez posée, sénateur Tremblay, parce que les renseignements dont vous disposez sont absolument faux. Le programme des 6 et 5 p. 100 ne s'applique pas au régime d'assurance-maladie. Celui-ci en a été complètement exempté, ce dont je suis très fière. Je dois en féliciter notre gouvernement. Ces dernières années, chaque province a vu le financement de son programme d'assurance-maladie augmenter de 13,3 p. 100 en moyenne. Cette année, l'augmentation représente 10 p. 100 en moyenne par rapport à l'année dernière. Selon nos estimations, la tendance se poursuivra au cours des années à venir.

Je dois maintenant vous quitter, monsieur le président. Je vous prierais donc de m'excuser.

Le président: Merci d'être venue nous rencontrer, madame Bégin. Je suis désolé de vous avoir retenue, mais cela en valait la peine.

Nous avons pensé examiner le projet de loi article par article, mais étant donné que nous sommes passés de chaque disposition de la première partie à la dernière partie, peut-être devrions-nous l'examiner dans son ensemble.

Le sénateur Frith: Monsieur le président, cette réunion a été très utile, comme les précédentes d'ailleurs. Je pense que nous sommes tous d'accord pour dire que la ministre n'a pas été économe de son temps. Reste à savoir si chaque sénateur est d'accord avec elle; permettez-moi d'en douter.

Nous avons prévu au départ d'examiner le projet de loi article par article, mais nous semblons avoir concentré notre attention sur les plus controversés. Nous avons ensuite posé des questions à la ministre sur la politique. Ce faisant, toutefois, nous nous sommes attardés aux dispositions du projet de loi qui nous préoccupait le plus et avons discuté en détail de leur formulation. Donc, je pense que le Comité l'a suffisamment étudié. Les témoignages que j'ai entendus m'ont persuadé que nous devrions en faire rapport sans amendement. Bien sûr, il nous sera possible à l'étape du débat en troisième lecture à la Chambre de proposer des amendements.

Je propose donc, monsieur le président, que nous fassions rapport du projet de loi sans amendement.

Le sénateur Phillips: J'aurais une question à poser au sujet de l'article 14 avant que la motion ne soit mise aux voix, monsieur le président.

Le président: Allez-y.

Le sénateur Phillips: Voici ce qui est dit à l'alinéa 14(2)a):

a) envoi par courrier recommandé à son homologue chargé de la santé dans la province un avis sur tout problème éventuel;

Je ne vois pas pourquoi on a jugé bon d'ajouter le mot «éventuel». Ne serait-il pas préférable de le remplacer par «se posant»? Selon moi, le terme «éventuel» permettrait au gouvernement fédéral de dire aux provinces: «Nous pensons qu'un problème pourrait se poser.» Cela ne veut pas dire pour autant

[Text]

I wonder why the word "foreseen" has been inserted in that subclause.

The Chairman: Perhaps the deputy minister could answer your question, Senator Phillips.

Dr. Maureen Law, Associate Deputy Minister, Department of National Health and Welfare: The reason the wording is used, Senator Phillips, is because it is the same wording used in agreements with the provinces under previous legislation, for example, the Hospital Insurance and Diagnostic Service Act. It was something which was negotiated in some detail because the intention was that the federal government should not wait until it was convinced there was a problem. In this respect what quite often happened in the cost sharing days was that a province would contact the federal government in order to inform the government that they were doing this, that or the other and ask whether or not the move would be in violation of the legislation. The wording allowed for early discussion and resolution of a problem before it became a major issue. That was the intention of using the word "foreseen" at the time it was discussed, which was many years ago.

Senator Bosa: The French version is much better.

Senator Flynn: I would like to say something with respect to the motion itself. In speaking for some of us who are not happy with the bill and who are not against the principle of it, despite what the minister may have said, I think that if we were to consider the bill clause by clause then we would move several amendments. Perhaps we could simply indicate to which clauses we would move amendments and it would be deemed that the majority of the committee would have voted them down in any event. That, of course, is a foregone conclusion. We have had some experience in this area with committees, and elsewhere, in the past.

Senator Frith: It is an eminently civilized suggestion.

Senator Flynn: We do have to live with the situation as best we can.

Senator Frith: I assume that you will move the amendments at third reading?

Senator Flynn: I do not think we can move all the amendments at third reading that we would like to move. That would be very difficult. However, at this point I am going to put on the record that I would have moved an amendment to clause 12 in order to delete subclause (2). I assume such a motion would have been defeated since Senator Bosa especially contested it.

Senator Bosa: You have a very good memory.

Senator Asselin: He is always following his master.

Senator Bosa: I do not see any dissension from your ranks, though.

Senator Flynn: That is because it is obvious we have no vested interest in this government.

I would also move the deletion of clause 13(b). I think that it is going too far to tell the provinces what kind of documents they should publish.

[Traduction]

qu'il se posera. Je me demande pourquoi le terme «éventuel» a été inclus à cet alinéa.

Le président: Le sous-ministre pourrait peut-être répondre à votre question, sénateur Phillips.

Mme Maureen Law, sous-ministre adjoint, ministère de la Santé nationale et du Bien-être social: Ce terme a été utilisé, sénateur Phillips, parce qu'il figure dans les accords intervenus avec les provinces en vertu de lois précédentes, par exemple la Loi sur l'assurance-hospitalisation et les services diagnostiques. La question a été étudiée en détail, et on ne voulait surtout pas que le gouvernement fédéral attende pour agir d'être convaincu qu'un problème se posait. Il est souvent arrivé, lorsque les frais étaient partagés, qu'une province communique avec le gouvernement fédéral pour lui dire qu'elle faisait telle ou telle chose et lui demander si elle contrevient ainsi à la loi. Ce terme devait permettre qu'on discute d'un problème et qu'on le règle avant qu'il prenne des proportions énormes. C'est la raison pour laquelle on a inclus le terme «éventuel» lorsque la question s'est posée, il y a de nombreuses années.

Le sénateur Bosa: La version français est beaucoup mieux.

Le sénateur Flynn: J'aurais quelque chose à dire au sujet de la motion comme telle. Au nom de ceux d'entre nous qui ne sont pas très satisfaits du projet de loi tout en ne s'opposant pas à son principe, malgré ce qu'a pu dire la ministre, je pense que si nous l'examinions article par article, nous y proposerions plusieurs amendements. Nous pourrions peut-être nous contenter d'indiquer quels sont les articles auxquels nous apporterions des amendements toute en supposant que la majorité des membres du comité les auraient rejetés de toute façon. Ce serait bien entendu à prévoir. C'est déjà arrivé en comité et ailleurs par le passé.

Le sénateur Frith: Ce serait faire preuve d'une grande civilité.

Le sénateur Flynn: Nous devons nous accommoder du mieux que nous le pouvons de la situation.

Le sénateur Frith: Je suppose que vous proposerez les amendements à l'étape de la troisième lecture?

Le sénateur Flynn: Je ne pense pas que nous puissions proposer à cette étape autant d'amendements que nous le voudrions. Ce serait très difficile. Je dirai donc, afin que cela soit consigné au procès verbal, que j'aurais proposé un amendement à l'article 12 de façon à ce que le paragraphe 2 en soit rayé. Je suppose que cette motion aurait été rejetée étant donné que le sénateur Bosa surtout s'y opposait.

Le sénateur Bosa: Vous avez une très bonne mémoire.

Le sénateur Asselin: Il penche toujours du même côté que son maître.

Le sénateur Bosa: Je ne vois pas de dissension chez vos membres.

Le sénateur Flynn: C'est parce qu'il est évident que nous n'avons pas d'intérêt acquis dans ce gouvernement.

Je proposerais également de supprimer l'alinéa 13b). Je trouve qu'il est exagéré de dire aux provinces quel genre de documents elles doivent publier.

[Text]

I would have moved an amendment with respect to clarifying clause 15(3).

I would not have moved any amendments with respect to clauses 18 to 21 since we are definitely against extra billing and user fees, despite what the minister and others in the Senate have suggested, including Senator Tremblay and Senator Thériault.

I would have clarified clause 22 with respect to by-laws and regulations.

With this I rest my case.

Senator Frith: Mr. Chairman, as the mover of the motion I am prepared to have the record show that Senator Flynn's amendments were proposed. We can vote on them en bloc, if the committee so wishes.

Senator Flynn: The record shows that.

Senator Frith: I suggest that the record show those amendments were proposed by Senator Flynn and rejected by the members of the committee, unless I hear anything to the contrary.

Senator Asselin: Of course, you are speaking on behalf of your own members of the committee?

Senator Frith: I will assume that they will correct me if I am wrong. I am also speaking on behalf of Senator Flynn, who said, "So long as the record shows . . .". We therefore must be clear what it is that the record is supposed to show. I suggest that the record show that these amendments were proposed and that they were rejected, on division. If we want to have the individuals named as to who voted for and against, I think that, too, is quite satisfactory.

Senator Tremblay: You have mentioned a possible amendment in 15(3). Perhaps an amendment would also be possible in the same vein with respect to paragraph 4. Both of these paragraphs would aim at having Parliament informed.

Senator Flynn: That could be included with the first amendment.

Senator Frith: Paragraph (4) deals with being sent to the provinces. Would you want that to be changed also?

Senator Flynn: It would have to be adjusted to fit with—

Senator Frith: Yes, to fit with your amendment to paragraph 3. That is agreed.

The Chairman: Honourable senators, you have heard the motion by Senator Frith that we report the bill without amendment. Senator Flynn then suggested some amendments that he would like to make—

Senator Flynn: I do not mind, Mr. Chairman, as long as the record shows that I would have done it.

The Chairman: Senator Flynn, then, is not making the motion. He is saying that he would like the record to show that he would have made it—

[Traduction]

J'aurais également proposé que l'on modifie le paragraphe 15(3) de manière à le clarifier.

J'aurais proposé aucun amendement aux articles 18 à 21 puisque nous nous opposons carrément à la surfacturation et aux frais modérateurs, en dépit de ce qu'ont dit la ministre et d'autres membres du Sénat, y compris les sénateurs Tremblay et Thériault.

J'aurais également clarifié l'article 22 qui porte sur les règlements et les arrêtés municipaux.

Voilà, c'est terminé.

Le sénateur Frith: Monsieur le président, en tant qu'auteur de la motion, j'accepte que l'on indique dans le procès-verbal que les modifications proposées par le sénateur Flynn ont été déposées. Nous pourrions les mettre aux voix en bloc, si le Comité le désire.

Le sénateur Flynn: C'est déjà consigné.

Le sénateur Frith: Je propose que l'on y indique que les amendements du sénateur Flynn ont été déposés et rejetés par les membres du Comité, si vous n'y voyez aucune objection.

Le sénateur Asselin: Bien entendu, vous parlez au nom des membres de votre comité?

Le sénateur Frith: Je présume qu'ils me corrigeront s'ils ne sont pas d'accord. Je parle également au nom du sénateur Flynn qui a dit «pourvu que le procès-verbal indique . . . ». Il faut donc s'entendre sur ce qui doit être consigné. Je propose que l'on indique dans le procès-verbal que ces amendements ont été déposés, puis rejetés à la majorité des voix. On peut aussi y indiquer le nom des membres qui ont voté pour ou contre les propositions.

Le sénateur Tremblay: Vous avez proposé de modifier le paragraphe 15(3). On pourrait peut-être également modifier le paragraphe 4. Ces deux paragraphes visent à faire en sorte que le Parlement soit tenu au courant de la situation.

Le sénateur Flynn: Cette modification pourrait être incluse dans la première proposition.

Le sénateur Frith: Le paragraphe 4 porte sur les avis envoyés aux provinces. Voulez-vous également que l'on change cela?

Le sénateur Flynn: Il faudrait le changer pour l'adapter au . . .

Le sénateur Frith: Oui, pour l'adapter à la modification que vous proposez au paragraphe 3. D'accord.

Le président: Honorables sénateurs, le sénateur Frith a proposé de faire rapport du projet de loi d'abord sans amendement, puis avec amendements.

Le sénateur Flynn: Cela n'a pas d'importance, monsieur le président, pourvu qu'on l'indique dans le procès-verbal.

Le président: Le sénateur Flynn ne propose donc pas de motion. Il veut tout simplement que le procès-verbal indique qu'il aurait proposé une motion . . .

[Text]

Senator Flynn: It is deemed that these amendments would have been defeated. That is what I want the record to show.

The Chairman: . . . but that these amendments would have been defeated, therefore we are now reverting to the original motion because it has been deemed that the amendments have been defeated. The original motion is that we report the bill without amendment. Is that carried?

Senator Asselin: On division.

The Chairman: Yes, on division. The chairman will therefore report the bill this afternoon via a report from this committee, and the Senate can deal with it as it sees fit. If there are any amendments at that time, they will be for the Senate to deal with.

Honourable senators, before we leave, I would like to inform you that we now have a reference before this committee with respect to the estimates of the Department of Veterans Affairs and when the minister of that department might appear before us. I would ask that you leave that matter to the steering committee, because we do not yet know when the Senate may sit again.

Hon. Senators: Agreed.

The Chairman: Motion carried.

The committee adjourned.

[Traduction]

Le sénateur Flynn: Il est supposé que ces modifications auraient été rejetées. C'est ce que je veux que l'on indique dans le procès-verbal.

Le président: . . . mais que ces modifications auraient été rejetées; nous revenons donc à la motion initiale parce que ces modifications sont réputées avoir été rejetées. La motion initiale propose de faire rapport du projet de loi sans amendement. La motion est-elle adoptée?

Le sénateur Asselin: À la majorité des voix.

Le président: Oui, à la majorité des voix. Le président fera donc rapport du projet de loi cet après-midi au moyen d'un rapport émanant de ce comité; le Sénat sera ensuite libre d'en disposer à son gré. Si des modifications sont apportées à ce moment-là, le Sénat s'en occupera.

Honorables sénateurs, avant que nous levions la séance, je voudrais vous informer que le Comité a reçu un ordre de renvoi concernant les prévisions budgétaires du ministère des Affaires des anciens combattants et la date de comparution du ministre compétent. Je voudrais que le comité directeur s'occupe de cette question puisque nous ne savons pas à quelle date le Sénat siégera à nouveau.

Des voix: D'accord.

Le président: La motion est adoptée.

La séance est levée.



If undelivered, return COVER ONLY to:
Canadian Government Publishing Centre,
Supply and Services Canada,
Ottawa, Canada, K1A 0S9

En cas de non-livraison,
retourner cette COUVERTURE SEULEMENT à:
Centre d'édition du gouvernement du Canada,
Approvisionnement et Services Canada,
Ottawa, Canada, K1A 0S9

WITNESS—TÉMOIN

Dr. Maureen Law, Associate Deputy Minister, Department
of National Health and Welfare.

M^{me} Maureen Law, sous-ministre associé, ministère de la
Santé nationale et du Bien-être social.



Second Session
Thirty-second Parliament, 1983-84

Deuxième session de la
trente-deuxième législature, 1983-1984

SENATE OF CANADA

SÉNAT DU CANADA

*Proceedings of the Standing
Senate Committee on*

*Délibérations du comité
sénatorial permanent des*

Social Affairs, Science and Technology

Affaires sociales, des sciences et de la technologie

Chairman:
The Honourable M. LORNE BONNELL

Président:
L'honorable M. LORNE BONNELL

Tuesday, May 29, 1984

Le mardi 29 mai 1984

Issue No. 9

Fascicule n° 9

First proceedings on:

Premier fascicule concernant:

The examination of the expenditures pertaining
to Veterans Affairs set out in the Estimates
laid before Parliament for the fiscal year
ending March 31, 1985.

L'étude des dépenses relatives aux Affaires
des anciens combattants, contenues dans
le Budget des dépenses déposé au Parlement
pour l'année financière se terminant le
31 mars 1985

APPEARING:

COMPARAÎT:

The Honourable W. Bennett Campbell, P.C., M.P.,
Minister of Veterans Affairs

L'honorable W. Bennett Campbell, c.p., député,
ministre des Affaires des anciens combattants

WITNESS:

TÉMOIN:

(See back cover)

(Voir à l'endos)

THE STANDING SENATE COMMITTEE ON
SOCIAL AFFAIRS, SCIENCE AND TECHNOLOGY

The Honourable M. Lorne Bonnell, *Chairman*
The Honourable Orville H. Phillips, *Deputy Chairman*

The Honourable Senators:

Anderson	Marshall
Bielish	McGrand
Bonnell	*Olson
Cottreau	Phillips
*Flynn	Rousseau
Haidasz	Tremblay
Hébert	Wood

**Ex Officio Members*

(Quorum 4)

COMITÉ SÉNATORIAL PERMANENT DES
AFFAIRES SOCIALES, DES SCIENCES ET DE LA
TECHNOLOGIE

Président: L'honorable M. Lorne Bonnell
Vice-président: L'honorable Orville H. Phillips

Les honorables sénateurs:

Anderson	Marshall
Bielish	McGrand
Bonnell	*Olson
Cottreau	Phillips
*Flynn	Rousseau
Haidasz	Tremblay
Hébert	Wood

**Membres d'office*

(Quorum 4)

Le greffier du comité

Erika Bruce

Clerk of the Committee

ORDER OF REFERENCE

Extract from the Minutes of Proceedings of the Senate, Wednesday, April 4th 1984:

"Pursuant to the Order of the Day, the Senate resumed the debate on the motion of the Honourable Senator Marshall, seconded by the Honourable Senator Macdonald:

That the Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology be authorized to examine the expenditures pertaining to Veterans Affairs set out in the Estimates laid before Parliament for the fiscal year ending March 31, 1985.

After debate, and—

The question being put on the motion, it was—
Resolved in the affirmative."

ORDRE DE RENVOI

Extrait des Procès-verbaux du Sénat du mercredi 4 avril 1984:

«Suivant l'Ordre du jour, le Sénat reprend le débat sur la motion de l'honorable sénateur Marshall, appuyé par l'honorable sénateur Macdonald,

Que le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie soit autorisé à étudier les dépenses relatives aux Affaires des anciens combattants, contenues dans le Budget des dépenses déposé au Parlement pour l'année financière se terminant le 31 mars 1985.

Après débat,

La motion, mise aux voix, est adoptée.»

Le greffier du Sénat

Charles A. Lussier

Clerk of the Senate

MINUTES OF PROCEEDINGS

TUESDAY, MAY 29, 1984
(13)

[Text]

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met this day, at 4:08 p.m., the Chairman, Honourable Senator Bonnell presiding.

Members of the Committee present: The Honourable Senators Bonnell, Côtteau, Marshall, McGrand and Phillips. (5)

Other Senators present: Honourable Senators Inman, Marsden and Petten.

Appearing: The Honourable W. Bennett Campbell, P.C., M.P., Minister of Veterans Affairs.

Witness:

From the Department of Veterans Affairs:

Dr. R. B. Mitchell, Chairman, Canadian Pension Commission.

The Committee, in compliance with its Order of Reference dated April 4, 1984, proceeded to examine the expenditures pertaining to Veterans Affairs set out in the Estimates laid before Parliament for the fiscal year ending March 31, 1985.

The Chairman presented the Third Report of the Subcommittee on Agenda and Procedure which reads as follows:

THIRD REPORT

Your Subcommittee met on Wednesday, May 23, 1984 to consider the future business of the Committee and agreed to make the following recommendations:

1. THAT the Committee commence reviewing the Veterans Estimates at its meeting next Tuesday, May 29, 1984, and invite the Minister of Veterans Affairs and other officials to appear before it;

2. THAT the Chairman give notice of the following motion:

"That the Standing Committee on Social Affairs, Science and Technology be authorized to review all aspects of, and make recommendations on, an overall Canadian health care policy;

That the Committee have power to report from time to time, to send for persons, papers and records, and to print such papers and evidence from day to day as may be ordered by the Committee;

That the Committee have power to travel from place to place; and

That the Committee have power to retain the services of counsel and technical, clerical and other personnel as may be required for the said examination."

3. THAT the Chairman, in due course, give notice of a motion regarding an inquiry by this Committee into the

PROCÈS-VERBAL

LE MARDI 29 MAI 1984
(13)

[Traduction]

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit aujourd'hui à 16 h 08, sous la présidence de l'honorable sénateur Bonnell (président).

Membres du Comité présents: Les honorables sénateurs Bonnell, Côtteau, Marshall, McGrand et Phillips. (5)

Autres sénateurs présents: Les honorables sénateurs Inman, Marsden et Petten.

Comparait: L'honorable W. Bennett Campbell, C.P., député, ministre des Affaires des anciens combattants.

Témoins:

Du ministère des Affaires des anciens combattants:

M. R. B. Mitchell, président, Commission canadienne des pensions.

Conformément à son ordre de renvoi du 4 avril 1984, le Comité entreprend l'étude des dépenses relatives aux Affaires des anciens combattants contenues dans le budget déposé devant le Parlement pour l'année financière se terminant le 31 mars 1985.

Le président présente le troisième rapport du Sous-comité du programme et de la procédure:

TROISIÈME RAPPORT

Le sous-comité s'est réuni le mercredi 23 mai 1984 pour examiner le programme des travaux du Comité et a convenu de formuler les recommandations suivantes:

1. QUE le Comité entreprenne l'étude du budget des dépenses des Affaires des anciens combattants à sa réunion du mardi 29 mai 1984, et invite le ministre des Affaires des anciens combattants, ainsi que d'autres fonctionnaires, à comparaître devant lui;

2. QUE le président donne avis de la motion suivante:

«que le Comité sénatorial permanent des Affaires sociales, des sciences et de la technologie soit autorisé à examiner tous les aspects de la politique globale canadienne en matière de soins médicaux et à formuler des recommandations à cet égard.

que le Comité soit autorisé à faire rapport de temps à autre à ce sujet, à convoquer des personnes, à exiger la production de documents et de dossiers et à faire imprimer au jour le jour ces documents et témoignages;

que le Comité soit autorisé à voyager au pays; et

que le Comité soit autorisé à retenir les services de conseillers, de techniciens, d'employés de bureau et de soutien dont il peut avoir besoin.»

3. QUE le président donne avis, en temps utile, d'une motion relative à une enquête faite par le Comité sur les

impact of technological change on the fabric of Canadian society;

4. THAT the Chairman, in due course, give notice of a motion on a study concerned with the issues of women and work, to be referred to this Committee.

On motion of Senator Phillips, it was agreed,—That the Third Report of the Subcommittee on Agenda and Procedures be concurred in.

On motion of Senator Marshall, it was agreed,—That the fact sheet by the Canadian Pension Commission, dated March 16, 1984, be printed as an appendix (*Appendix "A"*).

The minister made a statement and, with the witness, answered questions.

At 5:39 p.m., the Committee adjourned to the call of the Chair.

ATTEST:

répercussions de l'évolution technologique sur la société canadienne.

4. QUE le président donne avis, en temps utile, d'une motion relative à une étude portant sur les femmes et le travail, dont sera saisie le Comité.

Sur la motion du sénateur Phillips, il est convenu,—Que le Troisième rapport du Sous-comité du programme et de la procédure soit adopté.

Sur la motion du sénateur Marshall, il est convenu,—Que la feuille de données de la Commission canadienne des pensions, datée du 16 mars 1984, soit annexée au compte rendu (*Appendice «A»*).

Le ministre fait une déclaration puis à l'aide des autres témoins, répond aux questions des membres du Comité.

A 17 h 39, le Comité suspend ses travaux jusqu'à nouvelle convocation du président.

ATTESTÉ:

Le greffier du Comité

Erika Bruce

Clerk of the Committee

EVIDENCE

Ottawa, Tuesday, May 29, 1984

[*Texte*]

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met this day at 4 p.m. to examine the expenditures pertaining to Veterans Affairs set out in the estimates laid before Parliament for the fiscal year ending March 31, 1985.

Senator M. Lorne Bonnell (*Chairman*) in the Chair.

The Chairman: Honourable senators, we are meeting today on a reference from the Senate dated April 4, 1984, which was as a result of a motion by Senator Marshall, seconded by Senator Macdonald, that the Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology be authorized to examine the expenditures pertaining to Veterans Affairs set out in the estimates laid before Parliament for the fiscal year ending March 31, 1985.

According to that order, we have with us today the Honourable Mr. W. Bennett Campbell, Minister of Veterans Affairs, and his officials. I do not know whether the minister has any particular statement he would like to make to the committee before we start examining the estimates. If so, we would be glad to hear what he has to say and then we will proceed with questions which members of the committee might have pertaining to his department.

The Honourable W. Bennett Campbell, P.C., M.P., Minister of Veterans Affairs: Mr. Chairman and honourable senators, I realize that time is rather limited, so I will simply say once again that it is a pleasure to appear before the Senate committee. I will certainly welcome any questions or comments which you might have with respect to the estimates. I would draw to the attention of the members of the committee that the amendments to the War Veterans Allowance Act, as a result of extensive studies over the past number of months, were tabled in the House of Commons this afternoon and that, at the present time, copies of the legislation and the attached briefing notes and press releases are being circulated to your offices.

Having said that, Mr. Chairman, I thank the committee for having me here and I look forward to the discussion.

The Chairman: Thank you, Mr. Minister. Before we open the meeting to questions, I would like to ask you what is the main purpose of the legislation that you tabled this afternoon in the House? What are the benefits to veterans under that legislation?

Hon. Mr. Campbell: As honourable senators are aware, the War Veterans Allowance Act has been amended from time to time since its initial passing, which goes back to around 1930. The main purpose of the legislation at this time is to update the existing legislation to reflect desirable changes as a result of experience and to address two major issues: the first, which has been raised since 1980, concerns the financial benefits

TÉMOIGNAGES

Ottawa, le mardi 29 mai 1984

[*Traduction*]

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, de la science et de la technologie se réunit aujourd'hui à 16 heures pour examiner les prévisions de dépenses des Affaires des anciens combattants contenues dans le Budget de dépenses déposé au Parlement pour l'année financière se terminant le 31 mars 1985.

Le sénateur M. Lorne Bonnell (*président*) occupe le fauteuil.

Le président: Honorables sénateurs, nous nous réunissons aujourd'hui à la suite d'un renvoi du Sénat daté du 4 avril 1984, qui fait suite à une motion du sénateur Marshall, appuyée par le sénateur Macdonald, portant que le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, de la science et de la technologie soit autorisé à examiner les prévisions de dépenses des Affaires des anciens combattants contenues dans le Budget de dépenses déposé au Parlement pour l'année financière se terminant le 31 mars 1985.

Conformément à l'ordre de renvoi, nous accueillons aujourd'hui le ministre des Affaires des anciens combattants, l'honorable W. Bennett Campbell, et ses collaborateurs. Le ministre a peut-être une déclaration à faire avant que le Comité n'entame l'examen des prévisions budgétaires. Dans ce cas, nous serons heureux de l'entendre et nous passerons ensuite aux questions que les membres du Comité pourraient avoir à lui poser au sujet de son ministère.

L'honorable W. Bennett Campbell C.P., député, ministre des Affaires des anciens combattants: Monsieur le président et honorables sénateurs, comme nous disposons de peu de temps, je me bornerai à vous dire de nouveau que je suis heureux de comparaître devant le Comité sénatorial. Je suis disposé à répondre à toutes les questions ou commentaires que vous pourriez avoir au sujet des prévisions budgétaires. J'attire l'attention des membres du Comité sur le fait que les modifications à la Loi sur les allocations aux anciens combattants, qui font suite à des études approfondies étalées sur une période de plusieurs mois, ont été déposées à la Chambre des communes cet après-midi; des exemplaires du projet de loi, des notes d'information annexées et des communiqués de presse viennent d'être distribués dans vos bureaux.

Ceci dit, monsieur le président, je remercie le Comité de m'accueillir et je suis à votre disposition.

Le président: Merci, monsieur le ministre. Avant de passer aux questions, j'aimerais vous demander quel est l'objet principal de la mesure que vous avez déposée cet après-midi à la Chambre? Quels avantages comporte-t-elle pour les anciens combattants?

L'honorable M. Campbell: Comme les honorables sénateurs le savent, la Loi sur les allocations aux anciens combattants a été modifiée à plusieurs reprises depuis son adoption aux environs de 1930. Le projet de loi actuel a principalement pour objet d'apporter à la loi les modifications qui, à l'expérience, se sont révélées nécessaires et de résoudre deux problèmes: le premier, qui remonte à 1980, concerne l'écart entre les prestations

[Text]

being received by veterans under 65 as compared to veterans over 65; the second concerns the desirability of bringing the War Veterans Allowance program into greater harmony with the Old Age Security, Guaranteed Income Supplement Program. Therefore, basically the amendments to the War Veterans Allowance Act will allow the harmonization to take place. They correct anomalies that have been discovered through experience and make provision for eliminating the phase-in period which was provided for in Bill C-40, passed in 1980, which provided for a six and a half year phase-in period. At the present time, we are now down to year four, with two and a half years to do. As of July 1, 1986 that two and a half year period will be totally collapsed and, at that time, harmonization in terms of benefits for under-65 as opposed to over-65 will be achieved.

As a result of harmonization, we can expect that the PY resources necessary to enable the expansion of the Aging Veterans program will also be able to take place. As senators are aware, the Aging Veterans Program is very popular among veterans but was only available to recipients of disability pensions. Through the pilot project phase and subsequent to that, many veterans organizations, including the Royal Canadian Legion, recommended that the program be considered for expansion and be available particularly to recipients of War Veterans Allowance. Therefore, as a result of the harmonization of the War Allowance program, there is a provision enabling the manpower PY resources to be available to enable the expansion to take place. What is being proposed is a \$100 million expansion program over a four-year period, extending it to recipients of War Veterans Allowance.

Senator Marshall: However, the recipients of War Veterans Allowance do not qualify until 1986. I am referring to the recipients of War Veterans Allowance who are 65 to 75. They will not be eligible until 1986.

Hon. Mr. Campbell: Yes, but those 75 and over on War Veterans Allowance will qualify earlier. We phased it in over four years simply because, with the expansion of the program, we anticipate going from approximately 3,000 to 12,000 recipients in that four-year period, which is a very dramatic expansion.

I should also draw to your attention that, in addition to the benefits presently available under the Aging Veterans Program, we are adding transportation as an eligible item. One of the shortcomings of the earlier program was simply that many veterans were not able to move about as freely as they would have liked, in terms of going to their doctor, to their bank, doing some shopping or going to the drug store. Therefore, transportation will now become an element that is eligible for funding under that program.

The Chairman: Mr. Minister, before we open the meeting for questions, could you give me an estimated cost to the

[Traduction]

que touchent les anciens combattants de moins de 65 ans et celles versées aux plus de 65 ans; l'autre, concerne la nécessité d'harmoniser le Programme d'allocation aux anciens combattants avec le Programme de la sécurité de la vieillesse et le supplément de revenu garanti. Les modifications proposées à la Loi sur les allocations aux anciens combattants visent justement à assurer cette harmonisation. Cette mesure permettra de remédier à des anomalies qu'on a relancés et prévoit l'élimination de la période de mise en œuvre progressive d'une durée de six ans et demi prévue en 1980 par le projet de loi C-40. Nous en sommes actuellement à la quatrième année, et il reste deux ans et demi à faire. A compter du 1^{er} juillet 1986, cette période de deux ans et demi sera supprimée et les prestations versées aux anciens combattants de moins de 65 ans seront les mêmes que celles accordées aux anciens combattants de 65 ans et plus.

Par suite de l'harmonisation, on peut s'attendre que les ressources en années-personnes nécessaires à l'élargissement du Programme des anciens combattants âgés seront également disponibles. Comme les sénateurs le savent, le Programme des anciens combattants âgés est très apprécié des anciens combattants, mais il n'était accessible qu'aux prestataires de pension d'invalidité. Au cours de la phase d'application du projet pilote et par la suite, de nombreuses organisations d'anciens combattants, dont la Légion royale canadienne, ont recommandé que le programme soit élargi et rendu accessible en particulier aux prestataires d'allocation aux anciens combattants. Par conséquent, par suite de l'harmonisation du Programme d'allocations aux anciens combattants, une disposition permet d'utiliser les années-personnes disponibles pour assurer l'élargissement du programme. On propose un programme élargi de 100 millions de dollars réparti sur une période de quatre ans, qui engloberait les prestataires d'allocations aux anciens combattants.

Le sénateur Marshall: Toutefois, les prestataires des allocations aux anciens combattants ne seraient admissibles qu'en 1986. Je fais référence aux prestataires d'allocations aux anciens combattants âgés de 65 à 74 ans. Ils ne deviendront admissibles qu'en 1986.

L'honorable M. Campbell: Oui, mais ceux âgés de 75 ans et plus qui touchent l'allocation aux anciens combattants seront admissibles plus tôt. Nous avons prévu une période de mise en œuvre progressive de quatre ans parce que, étant donné l'élargissement du programme, on prévoit que le nombre de prestataires passera d'environ 3,000 à 12,000, une augmentation considérable.

J'aimerais également souligner qu'en plus des prestations du Programme des anciens combattants âgés, les frais de transport deviendront admissibles. Une des lacunes de l'ancien programme était que de nombreux anciens combattants n'étaient pas en mesure de se déplacer aussi librement qu'ils le voudraient, que ce soit pour aller chez leur médecin, à la banque, à la pharmacie ou pour faire des courses. Par conséquent, le transport sera dorénavant prévu par le programme.

Le président: Monsieur le ministre, avant de passer aux questions, pourriez-vous me donner une idée de ce que les pres-

[Text]

department for the extra benefits of this new legislation? How much will it cost per year?

Hon. Mr. Campbell: The Aging Veterans Program is \$100 million over a four-year period. The phase-in of the under-65 and over-65 veterans will be approximately \$16 million. Therefore, we are talking about a \$116 million package.

As a result of the Guaranteed Income Supplement changes on July 1 and on December 1, which are automatically passed through to the War Veterans Allowance recipients, we are talking approximately a further \$20 million over the phase-in period. Therefore, if you tally it up, the total package is approximately \$136 million over a four-year period.

The Chairman: That is, over the next four years?

Hon. Mr. Campbell: Yes.

The Chairman: That is \$136 million more than the veterans were getting before?

Hon. Mr. Campbell: Yes.

Senator Marshall: We will probably have an opportunity to delve into the new legislation that was introduced today. However, I have glanced through it and, even as a member of the opposition, I commend you, Mr. Minister, for extending the Aging Veterans Program. I also think it is a good program. It remains to be seen how many veterans are being turned down and why they are being turned down, and whether there are any bureaucratic obstacles in the way, as we hear from time to time. However, at first blush, it is certainly a very excellent expansion of that program.

Also, I think one of the grievances from recipients of the War Veterans Allowance and Civilian War Allowance will be overcome by the fact that they will receive the two increases, totalling \$50, in the GIS which will apply to the maximum benefits.

However, there are still two or three things remaining in the War Veterans Allowance Act which I feel should be looked at. One of them is the fact that the veteran who remains overseas and applies for War Veterans Allowance must return to Canada for 365 days. At this stage of the game, the average age we are dealing with is now 65.9 for the Second World War veteran and 87 for the First World War veteran. I recognize that the reason for this in the first place is that they are living in another country. If they come back to Canada for the 365 days, immediately they receive the War Veterans Allowance. However, they are leaving their wives and families in England or in the United States or some other country, and are only allowed to return for visits three or four times in a year. My question is: What are we proving by this? For instance, I understand one fellow from Newfoundland came back equipped with a pace-maker. What is the justification for causing this obstacle, apart from the fact that they are not contributing to the country? They did contribute, once upon a time.

[Traduction]

tations supplémentaires prévues par la nouvelle loi coûteront au ministère? Quel en sera le coût annuel?

L'honorable M. Campbell: Le Programme des anciens combattants âgés coûtera 100 millions de dollars, sur une période de quatre ans. La période de mise en œuvre progressive pour les anciens combattants de moins de 65 ans et de plus de 65 ans coûtera environ 16 millions de dollars, soit en tout, 116 millions de dollars.

En raison des modifications au Supplément de revenu garanti les 1^{er} décembre, dont bénéficieront automatiquement les prestataires d'allocations aux anciens combattants, il faut ajouter un montant supplémentaire de 20 millions de dollars au cours de la période de mise en œuvre graduelle. Par conséquent, il en coûtera en tout 136 millions de dollars sur quatre ans.

Le président: Au cours des quatre prochaines années?

L'honorable M. Campbell: Oui.

Le président: Les anciens combattants recevront 136 millions de dollars de plus qu'auparavant?

L'honorable M. Campbell: Oui.

Le sénateur Marshall: Nous aurons probablement l'occasion de fouiller le nouveau projet de loi présenté aujourd'hui. Toutefois, j'y ai jeté un coup d'œil rapide et même en tant que membre de l'opposition, je dois vous féliciter, monsieur le ministre, des améliorations prévues au Programme des anciens combattants âgés. Je crois qu'il s'agit d'un bon programme. Il reste à voir combien d'anciens combattants sont refusés et pour quelles raisons ils le sont; il faudrait vérifier également s'il n'existe pas d'obstacles bureaucratiques, comme on en entend parler à l'occasion. Toutefois, à première vue, l'amélioration apportée au Programme me semble excellente.

En outre, l'un des griefs des prestataires des allocations aux anciens combattants et des allocations de guerre pour les civils sera résolu du fait qu'ils toucheront les deux augmentations, 50 dollars en tout, qui s'ajoutent au maximum des prestations du Supplément de revenu garanti.

Toutefois, il reste encore deux ou trois points dans la Loi sur les allocations aux anciens combattants qui, à mon avis, devraient être étudiés. L'un d'eux concerne le fait qu'un ancien combattant qui habite à l'étranger et qui fait une demande d'allocation aux anciens combattants, doit revenir résider au Canada pour une période de 365 jours. À l'heure actuelle, l'âge moyen des anciens combattants est de 65.9 ans pour ceux de la Seconde Guerre mondiale et de 87 ans pour ceux de la Première Guerre mondiale. Je sais bien que cette disposition tient essentiellement au fait que ces gens vivent dans un autre pays. S'ils reviennent au Canada pour 365 jours, ils ont immédiatement droit à l'allocation aux anciens combattants. Toutefois, ces personnes laissent leur conjoint, leur famille, en Angleterre, aux États-Unis ou ailleurs et ne sont autorisés à y effectuer des visites que 3 ou 4 fois l'an. Ma question est la suivante: où veut-on en venir avec cette mesure? Par exemple, je crois savoir qu'un ancien combattant de Terre-Neuve qui porte un stimulateur cardiaque a dû revenir. Pourquoi crée-t-on un tel obstacle, si ce n'est parce que ces personnes n'apportent pas

[Text]

Hon. Mr. Campbell: First of all, I would like to thank Senator Marshall for his very positive comments and to observe that I do not consider him or any of the senators as members of the opposition. I think it is very clear that all have a very keen interest in the programs and the welfare of veterans. I certainly welcome his suggestions and interventions at any time.

With respect to your comments, Senator Marshall, on the GIS, what basically will happen is that the \$50 pass-through will be in addition to the collapsing of the phase-in period. Therefore, if you are a single recipient, by December 1 you will be receiving \$70 more than you are receiving at the present time. In other words, \$50 on the GIS pass-through and \$20 in removing the under-65/over-65 inequity. In the case of the married veteran, the increase will be \$25 to remove the inequity.

With respect to the one-year requirement, I do not think that anything has changed, Senator Marshall, with respect to the rational which applied then. Not having been a member of the committee that reviewed the legislation, I am not sure whether it was discussed. I can only assume that either it was not considered or there were not sufficient interventions to cause the committee to look at that particular facet.

Senator Marshall: Perhaps, Mr. Chairman, I could suggest that we might have, at a future date, the chairman of the committee appear before us. Perhaps Mr. Hurley will be able to explain that facet when we finally hear from him. I understand that the minister has to leave early, but perhaps we could go into that matter a little further at that time with Mr. Hurley.

One of the other things that we hear grievances on is the fact that many veterans, during their service, had to remain in Canada because they were good instructors, even though they offered to go overseas. Now that we are relaxing the restrictions quite a bit—a couple of examples being the precedent-setting decisions by the War Veterans Allowance Board on veterans from various parts of the country—

Hon. Mr. Campbell: Are you referring to the minister from PEI qualifying?

Senator Marshall: You said that, Mr. Minister. I am just wondering if any consideration is being given to making veterans who had to remain in Canada through no fault of their own, eligible for War Veterans Allowance?

Hon. Mr. Campbell: I would say, Senator Marshall, that no consideration is being given at the present time.

Senator Marshall: There is not?

Hon. Mr. Campbell: No, simply on the basis that, if we were to consider that aspect, we would be changing the whole principle on which the War Veterans Allowance is based, that principle being that there is an aging effect as a result of activ-

[Traduction]

leur contribution au pays? Ils ont pourtant bien contribué, à un moment donné.

L'honorable M. Campbell: Premièrement, j'aimerais remercier le sénateur Marshall pour ses commentaires très positifs et faire remarquer que je ne considère ni lui ni les autres sénateurs comme des membres de l'opposition. Il est évident que nous portons tous un vif intérêt aux programmes concernant les anciens combattants et à leur bien-être. Je suis disposé à faire bon accueil à ses recommandations et interventions à tout moment.

Au sujet de vos observations, sénateur Marshall, concernant le supplément de revenu garanti, ce qui se passera essentiellement, c'est que l'augmentation de 50\$ s'ajoutera aux effets de la suppression de la période de mise en œuvre progressive. Par conséquent, un prestataire vivant seul recevra, au 1^{er} décembre, 70\$ de plus qu'à l'heure actuelle, soit 50\$ au titre du supplément et 20\$ résultant de l'abolition de l'écart des prestations entre les moins de 65 ans et les plus de 65 ans. Dans le cas d'un ancien combattant marié, la hausse nécessaire pour remédier à l'écart sera de 25\$.

Pour ce qui est de l'obligation de résider au pays pendant un an, je ne crois pas, sénateur Marshall, que la raison fondamentale ait changé. N'ayant pas été membre du Comité qui a examiné la Loi, je ne suis pas en mesure d'affirmer qu'on a discuté de cette question. Je ne puis que présumer qu'on ne l'a pas examinée ou qu'il n'y a pas eu suffisamment d'interventions à ce sujet pour amener le Comité à se pencher sur cet aspect en particulier.

Le sénateur Marshall: Je pourrais, peut-être, monsieur le président, proposer que nous convoquions plus tard le président du Comité. M. Hurley sera peut-être en mesure de nous expliquer cet aspect lorsqu'il comparaitra. Je crois que le ministre doit quitter sous peu; nous pourrions peut-être alors fouiller la question un peu plus avec M. Hurley.

Un des autres points qui a fait l'objet de plaintes est le fait que bon nombre d'anciens combattants ont dû rester au Canada durant leur service militaire sous prétexte qu'ils étaient de bons instructeurs, même s'ils s'étaient portés volontaires pour aller outre-mer. Maintenant que nous assouplissons les règlements—je songe au précédent créé par les décisions de la Commission des allocations aux anciens combattants dans diverses régions du pays...

L'honorable M. Campbell: Faites-vous allusion au fait que le ministre de l'Île-du-Prince-Édouard est admissible?

Le sénateur Marshall: C'est vous qui avez dit, monsieur le ministre. Je me demande simplement si l'on a étudié la possibilité qu'un ancien combattant qui a dû rester au Canada, sans qu'il y ait de sa faute, soit admissible aux allocations aux anciens combattants?

L'honorable M. Campbell: Je dirais, sénateur Marshall, que l'on n'a pas encore étudié ce genre de cas.

Le sénateur Marshall: Non?

L'honorable M. Campbell: Non, simplement parce que le fait d'étudier cette possibilité contreviendrait au principe fondamental des allocations aux anciens combattants, soit le vieillissement dû aux opérations sur le théâtre de guerre qui peu-

[Text]

ity in a theatre of war that may or may not be recognizable or demonstrable on medical grounds. That pre-aging effect was the basis for that allowance, and thus it was determined that it would be desirable to have the social support programs, or income support programs, that are available to veterans come into effect earlier than those that are available to the Canadian population generally. Thus, we have the War Veterans Allowance coming in at 60 and 55, as opposed to 65 for the rest of Canadians. Therefore, if we were to consider providing the same kind of benefits to those who served in Canada only, we would have to go right back and question the principle on which the War Veterans Allowance Act itself is based.

Senator Marshall: I think there is also a precedent in that regard. What did we do for the World War I veteran? I have forgotten. There was some restriction that they had to spend 365 days overseas. I will leave that point for now, because I do not recall the specifics.

However, the other thing that contradicts what you are saying, Mr. Minister, is the fact that we did create a new area of qualification for those veterans who served in Newfoundland, and for those who served in PEI. Perhaps we can press that further, but you are indicating that there is no study being done in that respect?

Hon. Mr. Campbell: No.

The Chairman: Perhaps I could ask a supplementary question, Senator Marshall. Mr. Minister, is it true that the reason for the inclusion of Newfoundland and Prince Edward Island veterans was that, because of the dangerous waters that they had to cross, they were therefore actually in a theatre of war?

Senator Marshall: I do not think they aged too much, if you are talking about some of the Newfoundlanders.

Hon. Mr. Campbell: There was evidence of certain submarine activity in that area. I suppose there are certain people within the veterans population who feel that the War Veterans Allowance precedent decision was stretching the point quite far, but certainly the War Veterans Allowance Board has full authority to provide interpretations of the act, and they have interpreted it in this way.

This precedent has always been described in terms of PEI and Newfoundland. In fact, there are also cases on the west coast. For example, someone who served in the Queen Charlotte Islands can make application because of the presence of the Japanese in the area, and they would also qualify. Another case in point is Bermuda.

The Chairman: Perhaps I could ask a further supplementary question. Is it true that you can receive a War Veterans Allowance pension, even though you did not go over these dangerous waters to Newfoundland or to Prince Edward Island and you did not go to a theatre of actual war, but are a recipient of a disability pension up to, say, five per cent?

Hon. Mr. Campbell: Yes, that is correct. There are two qualifications for War Veterans Allowance. Either you must

[Traduction]

vent ou non être identifiées ou démontrées sur le plan médical. Ce vieillissement prématuré était la raison d'être de cette allocation, et par conséquent il a été déterminé qu'il serait souhaitable que les programmes sociaux ou de soutien du revenu à l'intention des anciens combattants, leur soient offerts plus tôt qu'à la population canadienne en général. Par conséquent, nous avons les allocations aux anciens combattants à partir de 60 et de 55 ans, par rapport à 65 ans pour les autres Canadiens. Donc, si nous étudions la possibilité d'offrir les mêmes avantages à ceux qui ont fait leur service militaire au Canada seulement, il nous faudrait remettre en question le principe sur lequel sont fondées les allocations aux anciens combattants.

Le sénateur Marshall: Je crois qu'il existe aussi un précédent à cet égard. Quelle mesure avons-nous adoptée au sujet des anciens combattants de la Première guerre mondiale? J'ai oublié. Il y avait certaines restrictions portant qu'il devaient avoir passé 365 jours outremer. Je vais laisser tomber ce point, parce que je ne me souviens pas des détails.

Toutefois, il y a une chose qui contredit votre position, monsieur le ministre; le fait que nous avons établi de nouveaux critères d'admissibilité pour les anciens combattants qui ont fait leur service à Terre-Neuve et à l'Île-du-Prince-Édouard. Peut-être pourrions-nous fociller un peu cette question, mais vous nous avez dit qu'il n'y a actuellement aucune étude en cours à cet égard?

L'honorable M. Campbell: Non.

Le président: Peut-être pourrais-je poser une question supplémentaire, sénateur Marshall: Monsieur le ministre, est-ce vrai que la raison pour laquelle les anciens combattants de Terre-Neuve et de l'Île-du-Prince-Édouard sont admissibles, est qu'ils devaient traverser des eaux dangereuses et que par conséquent ils faisaient en réalité partie du théâtre de guerre?

Le sénateur Marshall: Je ne crois pas qu'ils aient beaucoup vieilli, si vous parlez de certains Terre-Neuviens.

L'honorable M. Campbell: Il a été question de la présence de certains sous-marins dans ce secteur. Je suppose qu'il y a certains anciens combattants qui sont d'avis que le précédent relatif aux allocations aux anciens combattants est allé un peu loin en invoquant cette possibilité, mais la Commission des allocations aux anciens combattants a le plein pouvoir d'interpréter la loi et c'est la façon dont elle l'a interprétée.

Ce précédent a toujours visé les secteurs de l'Île-du-Prince-Édouard et de Terre-Neuve. En fait, il y a eu aussi des cas sur la côte Ouest. Ainsi, un ancien combattant qui a fait son service aux Îles de la Reine-Charlotte pourrait faire une demande en raison de la présence des japonais dans ce secteur et il pourrait être admissible. Il y a aussi les Bermudes.

Le président: Peut-être pourrais-je poser une autre question supplémentaire. Est-ce vrai que l'on peut être admissible aux allocations aux anciens combattants même si l'on n'a pas participé aux opérations dans les eaux dangereuses de Terre-Neuve ou de l'Île-du-Prince-Édouard ni à un théâtre de guerre mais que l'on est bénéficiaire d'une pension d'invalidité allant, disons, jusqu'à p. 100?

L'honorable M. Campbell: Oui, c'est exact. Il y a deux conditions d'admissibilité aux allocations aux anciens combat-

[Text]

have participated in a theatre of war or you must be on a disability pension. If you are on a disability pension, even if it is only one per cent, you qualify to apply for War Veterans Allowance. Take, for example, the individual who enlists in the armed forces, goes through basic training and is injured on an obstacle course. That permits an application to the pension commission and approval of a disability pension, we will say, of two, three, four or five per cent. In later years, that individual is eligible to make application for War Veterans Allowance.

Senator Marshall: I have one other question with respect to something that has been hanging around for years, and that is with respect to the question of casual earnings. Casual earnings apply to war veterans who can work—either the husband or the wife. With respect to those veterans who cannot work and are receiving some other benefits, such as Workman's Compensation, that amount is deducted from their War Veterans Allowance. There has been a request made to you, and I think there have been resolutions through the Canadian Legion, that those who cannot work should have an exemption of the amount of compensation they get from other sources in order that it would not count against their War Veterans Allowance.

Hon. Mr. Campbell: Again, I suppose it goes back to the philosophy under which the casual earning exemption was brought forward in the first instance, and that is to provide a means of encouragement to the veteran to become employed, even if it is only part-time. If the casual earnings are not exempted, then there is certainly no incentive for individuals to seek employment, even if the only advantage is to get them out of the house, with some physical activity or some challenge to them. Without the exemption, every dollar they earned would reduce their War Veterans Allowance by a dollar.

However, I think we have to make a distinction between the purpose of the casual earning provision and the definition of income, which includes income from all sources, including such things as Old Age Security and Guaranteed Income Supplement.

Senator Inman: Mr. Chairman, what would you call casual earnings?

Hon. Mr. Campbell: A good example, Senator Inman, of casual earnings would be those of the individual serving in the Canadian Corps of Commissioners, say, one or two days a week. We see them most around the Parliament Buildings and we see them in most public buildings across the country. That is a good example.

Senator Inman: Thank you.

Senator Marshall: Mr. Minister, you have learned very quickly and well your answers to these questions, but, still, I think we have to fight for change. In my opinion, there is some justification for the three things I have mentioned, which I refer to as inequities. However, we will continue.

I have raised the matter every year of the difference between the disability pensioner and the War Veterans Allowance recipient. I am happy that the War Veterans Allowance recipi-

[Traduction]

tants. Il faut soit avoir participé à un théâtre de guerre, soit être admissible à une pension d'invalidité. Dans ce dernier cas, même s'il ne s'agit que d'un pour cent, on peut être admissible aux allocations aux anciens combattants. Prenez par exemple l'individu qui s'est engagé dans les forces armées qui reçoit l'entraînement et qui est blessé au cours d'un exercice. Il peut remplir une demande à la Commission des pensions et faire approuver une pension d'invalidité disons de 2, 3, 4 ou 5 p. 100. Plus tard, cet individu est admissible aux allocations aux anciens combattants.

Le sénateur Marshall: J'ai une autre question concernant un point qui fait l'objet de discussions depuis des années, et il s'agit des gains occasionnels. Ceci s'applique aux anciens combattants qui peuvent travailler, soit le mari ou la femme. Quant aux anciens combattants qui ne peuvent pas travailler et qui reçoivent d'autres allocations, comme l'indemnisation des accidents de travail, ce montant est déduit de leurs allocations aux anciens combattants. On a déjà fait une demande à ce sujet et je crois qu'il y a eu une résolution de la Légion canadienne voulant que ceux qui ne peuvent pas travailler devraient être exemptés de déclarer les indemnisations qu'ils reçoivent d'autres sources afin qu'elles ne soient pas déduites de leurs allocations aux anciens combattants.

L'honorable M. Campbell: Je suppose qu'ici encore on revient au principe qui a inspiré la création de l'exemption des gains occasionnels soit qu'elle doit constituer une mesure d'incitation à travailler, ne serait-ce qu'à temps partiel. Si ces revenus ne font pas l'objet d'une exemption, personne ne sera motivé pour chercher de l'emploi, même si le seul avantage est de faire sortir les anciens combattants de chez eux, ou de les faire participer à certaines activités physiques ou relever certains défis. Sans cette exemption, chaque dollar qu'ils gagnent réduirait d'un dollar le montant des allocations aux anciens combattants qu'ils reçoivent.

Toutefois, je suis d'avis qu'il faut faire une distinction entre les dispositions concernant les gains occasionnels et la définition du revenu qui comprend les revenus de toutes les sources, y compris les prestations de sécurité de la vieillesse et le supplément de revenu garanti.

Le sénateur Inman: Monsieur le président, que considérez-vous comme gains occasionnels?

L'honorable M. Campbell: Un exemple, sénateur Inman, serait celui d'un individu qui fait partie du Corps canadien des commissaires disons une journée ou deux par semaine. Nous les voyons dans les édifices du Parlement et dans la plupart des édifices publics dans le pays. Voilà un exemple.

Le sénateur Inman: Merci.

Le sénateur Marshall: Monsieur le ministre, vous avez très vite appris vos réponses à ces questions mais je crois quand même que nous allons nous disputer. À mon avis, les trois points que j'ai soulevés comme à l'égard de ce que j'appelle des injustices sont fondés. Toutefois, nous allons continuer.

Je soulève chaque année la question de la différence qui existe entre le bénéficiaire d'une pension d'invalidité et le bénéficiaire des allocations aux anciens combattants. Je suis heu-

[Text]

ent is being treated fairly, but I do not think that the disability pensioner is receiving his just due. The married rate for the War Veterans Allowance recipient today is \$941.68, which is the equivalent of 70 per cent of the disability pension of the married pensioner. He gets \$9.00 less. However, he also gets free drugs. The disability pensioner receives drugs only for the condition for which he is receiving his pension. On the death of the War Veterans Allowance recipient, the wife receives the full married rate for 12 months. But the first month after the disability pensioner dies, his wife drops from \$950.44 to \$814.66. She loses over \$100.00 immediately. Jumping now from 70 per cent to 100 per cent, the 100 per cent married couple get \$1,357.78. When he dies, the wife drops to \$814 after the first month, so she is losing over \$500.

You have indicated to me in correspondence the reason for this situation. However, the widow of the War Veterans Allowance recipient gets \$914.68 for 12 months and the widow of the 100 per cent disability pensioner drops to \$814.66. There is something wrong. This widow is dealing with the shock of the death and needs time to recuperate and to do whatever she has to. I think there should be an adjustment period of three months or six months. We recommended in our report that the period should be one year.

Mr. Minister, you once indicated that such a move would be creating another class of widow. However, we have created a number of classes of widows and I can see no reason for not making an adjustment here and granting that widow the period of three months or six months grace before her pension drops. We could start with three months, and those following behind, depending on the circumstances, might be able to fight for more. But, certainly, the pensioner who is in the 70, 80 or 90 per cent classification for incapacitation is quite disabled and requires his wife to spend a lot of time with him. Neither spouse having had the opportunity to go to work to build themselves a nice home, I think there is justification for considering this proposal.

Hon. Mr. Campbell: I do not disagree with your suggestion. I share your concern that the adjustment period is very short. The maintenance of the home and the usual costs of day-to-day living do not drop by 50 per cent the month after the pensioner dies. Members of the committee may be aware that I indicated to Parliament some three weeks ago that we should set up a working group to look at the Pension Act. I would certainly be prepared to put your suggestion forward for consideration by the working group in terms of responding to it. You have certainly cited an obvious variation, and that variation becomes even greater in the case of a severely disabled veteran who, let us say in addition to the disability pension, is receiving an attendance allowance or other additional benefits. Then the financial loss to the household is even wider than the examples you used.

[Traduction]

reux de constater que ce dernier soit traité de façon équitable mais je ne crois pas que le bénéficiaire d'une pension d'invalidité le soit. Le taux pour une personne mariée qui reçoit les allocations aux anciens combattants est aujourd'hui de 941.68\$, ce qui équivaut à 70 p. 100 de la pension d'invalidité d'une personne mariée. Celle-ci reçoit 9\$ de moins. Toutefois, elle obtient ses médicaments gratuitement, mais uniquement pour traiter l'invalidité qui justifie sa pension. Au moment du décès d'un bénéficiaire des allocations aux anciens combattants, sa femme reçoit le plein montant d'une personne mariée pendant 12 mois. Par contre, un mois après le décès d'un bénéficiaire de la pension d'invalidité, le montant que reçoit sa femme passe de 950,44\$ à 814,66\$. Celle-ci perd donc plus de 100\$ par mois sur-le-champ. Maintenant si l'on passe de 70 p. 100 à 100 p. 100, soit 1 357,78\$ pour un couple marié, au moment du décès du bénéficiaire, la pension que reçoit sa femme passe à 814\$ après le premier mois; elle perd donc plus de 500\$.

Vous m'avez expliqué la raison de cette situation dans la correspondance que nous avons échangée. Toutefois, la veuve d'un bénéficiaire des allocations aux anciens combattants reçoit 914,68\$ pendant 12 mois tandis que la veuve d'un bénéficiaire de la pension d'invalidité à 100 p. cent ne reçoit que 814,66\$. Cette situation n'est pas juste. La veuve est dans un état de choc après le décès de son mari et elle a besoin de temps pour récupérer et prendre les mesures qui s'imposent. J'estime qu'il devrait y avoir une période d'ajustement de 3 ou 6 mois. Nous avons recommandé dans notre rapport une période d'un an.

Monsieur le ministre, vous avez déjà laissé entendre que cette mesure aurait pour effet de créer une autre catégorie de veuves. Toutefois, nous en avons déjà créé un certain nombre et je ne vois aucune raison de ne pas faire de rajustement ici et d'accorder à la veuve une période de 3 ou 6 mois de grâce avant de réduire sa pension. Nous pourrions commencer par trois mois, et par la suite, les bénéficiaires pourraient tenter d'obtenir une prolongation, selon les circonstances. Mais il ne fait aucun doute que le bénéficiaire qui reçoit la pension d'invalidité à 70, 80 ou 90 p. 100 a besoin de sa femme pour en prendre soin. Aucun des deux conjoints n'ayant pu travailler afin d'augmenter leur niveau de vie, je pense qu'il y a de bonnes raisons d'étudier cette proposition.

L'honorable M. Campbell: Je suis d'accord avec votre suggestion. Je conviens avec vous que la période d'ajustement est très courte. L'entretien d'une maison et le coût de la vie ne diminuent pas de 50 p. 100 un mois après le décès d'un pensionné. Les membres du Comité sont peut-être au courant que j'ai signalé au Parlement il y a quelque trois semaines que nous devrions former un groupe de travail afin d'étudier la Loi sur les pensions. Je suis certes prêt à proposer que votre suggestion soit étudiée par le groupe de travail. La différence que vous avez citée est évidente et elle est encore plus grande dans le cas d'un ancien combattant qui est gravement handicapé et qui, disons, en plus de sa pension d'invalidité, reçoit une allocation de soins ou autres indemnités supplémentaires. La perte financière pour la veuve est alors encore plus importante que dans les exemples que vous avez cités.

[Text]

Senator Marshall: It is almost double for the fellow who is getting around \$1,500—that is, exceptional incapacity and attendance allowance.

Hon. Mr. Campbell: That is correct. For the past six or seven months, we have been working on the War Veterans Allowance Act. I hope that within the next short period of time we will be able to carry out a similar study on the Pension Act and entertain questions such as the one you have raised.

Senator Phillips: I would like to discuss the attendance allowance. The maximum is \$718 per month. Although they are not, let us assume that everyone is receiving the maximum. I collected some figures on the cost of daycare for comparison. The average cost of daycare in Ottawa is \$600 per month. There are places that provide daycare at \$400 per month and other places where it costs \$850 per month, but the average is \$600 per month. I am referring to daycare from 9 a.m. to 5 p.m., five days a week with holidays excluded. Yet, for 24 hours per day, the veteran receives \$600 on the average. Where is the justification for keeping the attendance at the same level as daycare?

Hon. Mr. Campbell: Mr. Chairman, with your permission, I would ask Dr. Mitchell to come forward to answer that question.

Dr. R. B. Mitchell, Chairman, Canadian Pension Commission: The question you have asked is really whether the rates are at a sufficient level. I am not sure that I can answer your question. The attendance allowance is a supplementary or special allowance given over and above other things. It is not meant to reimburse the person for complete care. By definition, the veteran has to be 100 per cent disabled, not in receipt of 100 per cent pension, to receive the allowance. Generally speaking, the rationale of the legislators was that totally disabled persons would probably be receiving institutional care of some kind. The attendance allowance is generally for those who are 100 per cent disabled but are still able to get around and require just a little bit of extra care to maintain themselves in their own environment. The only other thing I can say is that the commission generally continues to pay attendance allowance for some pensioners who are institutionalized, if the spouse or a member of the family visits the pensioner on a regular basis in the institution. The attendance allowance is continued, and we do that in lieu of compensating—generally the spouse—for travel back and forth to the hospital.

Senator Phillips: I was looking at a pamphlet that I received from the Minister of Health and Welfare this morning. Emphasis is being laid on keeping the elderly in the home. The Pension Commission seems to be following a different policy, where you anticipate that the disabled veteran will be institutionalized. In a great many cases I would think the disabled veteran would prefer to be at home, because the odds are that he has already spent a good deal of his life in an institution. I wondered whether you had made any recent comparison of costs to revise that figure.

Hon. Mr. Campbell: Mr. Chairman, may I respond to that? In fact, the philosophy of the Department of Veterans Affairs

[Traduction]

Le sénateur Marshall: C'est presque le double pour celui qui reçoit environ 1 500 \$, c.-à-d. l'allocation pour invalidité exceptionnelle et les soins.

L'honorable M. Campbell: C'est exact. Depuis six ou sept mois, nous travaillons sur la Loi sur les allocations aux anciens combattants, et j'espère que d'ici peu nous serons en mesure de procéder à une étude analogue sur la Loi des pensions et d'étudier des questions comme celles que vous avez soulevées.

Le sénateur Phillips: J'aimerais discuter de l'allocation de soins. Le maximum est de 718 \$ par mois. Supposons que chacun reçoit le maximum, même si ce n'est pas le cas. J'ai recueilli certains chiffres sur le coût des soins de jour à des fins de comparaison. Le coût moyen des soins de jour à Ottawa est de 600 \$ par mois. Il y a des endroits qui fournissent des soins de jour pour 400 \$ par mois et d'autres où il en coûte 850 \$ par mois, mais la moyenne est de 600 \$ par mois. Je parle des soins administrés entre 9 heures et 17 heures, cinq jours par semaine, à l'exception des jours fériés. Par contre, l'ancien combattant reçoit en moyenne 600 \$ par mois pour les soins dispensés 24 heures par jour. Pourquoi maintenir l'allocation pour soins au même niveau que celle pour les soins de jour?

L'honorable M. Campbell: Avec votre permission, monsieur le président, je vais demander à M. Mitchell de répondre à cette question.

M. R. B. Mitchell, président de la Commission canadienne des pensions: Vous voulez en fait savoir si les taux sont suffisamment élevés. Je ne suis pas certain de pouvoir répondre à votre question. L'allocation pour soins est une allocation supplémentaire ou spéciale qui s'ajoute aux autres. Il ne s'agit pas de rembourser le particulier pour tous les soins qu'il reçoit. Par définition, l'ancien combattant doit être invalide à 100 p. 100 et recevoir moins de 100 p. 100 de la pension pour toucher l'allocation. En général, les législateurs estimaient qu'une personne entièrement invalide recevrait certains soins hospitaliers. L'allocation pour soins s'adresse habituellement à ceux qui sont invalides à 100 p. 100 mais qui peuvent encore se déplacer et qui n'ont besoin que d'un peu de soins supplémentaires pour rester dans leur milieu. Tout ce que je peux ajouter, c'est que la Commission continue habituellement de verser l'allocation pour soins à certains bénéficiaires de soins hospitaliers si leur conjoint ou un membre de leur famille leur rend visite de façon régulière. Nous maintenons les allocations pour soins plutôt que de verser une indemnité—habituellement au conjoint—pour les déplacements entre l'hôpital et le domicile.

Le sénateur Phillips: Je lisais un dépliant que j'ai reçu ce matin du ministre de la Santé et du Bien-être social. On y insiste beaucoup pour que la personne âgée reste chez elle. La Commission des pensions semble mettre en pratique une politique différente, en prévoyant que l'ancien combattant invalide sera placé en établissement. Dans de très nombreux cas, je crois que l'ancien combattant invalide préférerait rester chez lui, parce qu'il y a des chances qu'il ait déjà passé beaucoup de temps dans un hôpital. Je me demandais si vous aviez récemment établi des comparaisons au niveau des coûts pour revoir ce chiffre.

L'honorable M. Campbell: Monsieur le président, puis-je répondre à cette question? En fait, la philosophie du ministère

[Text]

is exactly the opposite to what you suggest, senator. The principle of the Aging Veterans Program is precisely to enable the veteran to live in his own home and community as long as possible so that, instead of looking at whether the individual is able to cope on his own or requires institutional care, we build in the necessary support system to enable the veteran to continue living in his own home for as long as possible. So we do have such things as paying for a nurse to come in once a day for, say, injections; paying for a housekeeper to maintain the home and to cook meals; and providing for minimum maintenance in terms of the house and surrounding grounds. Transportation is now being added, and so is home modification to enable a veteran, if confined to a wheelchair, to have a ramp to the front door and to widen the doors in the house, specifically the bathroom, to allow a wheelchair to pass through, and to provide railings on the wall, and so on. The whole thrust of the Aging Veterans Program is to provide the support services to the veteran to enable him or her to live in his or her own home for as long as possible.

Senator Phillips: Have you carried out any studies to establish if the attendance allowance is sufficient?

Hon. Mr. Campbell: Only to the extent of the work that was done in preparation for the inauguration of the Aging Veterans Program. Of course, while he will not tell you himself, Dr. Mitchell is the author of, and prominent in, the preparation of the pilot project which led to the Aging Veterans Program as we know it today.

Senator Phillips: I have a question on veterans housing. In the estimates there is a figure of \$73,000. I presume that is only for administration in co-operation with CMHC; is that correct?

Hon. Mr. Campbell: I would have to check, but it may be for program commitments that we had up until the point where Canada Mortgage and Housing programs upstaged us in terms of benefits. Perhaps one of my officials could check that particular item and provide an update. We used to have the Veterans' Housing Assistance Program. Since the CMHC programs were more advantageous, we in Veterans Affairs have gradually gotten out of the housing field altogether.

Senator Marshall: Your estimates for 1984-85 are \$32,000 more than they were for 1983-84, under the special housing assistance for veterans. Has that been phased out?

Hon. Mr. Campbell: I will get you the details on that.

Senator Phillips: I have a question concerning your method of hiring in the new office in Charlottetown. The employees there are referred by Manpower.

Hon. Mr. Campbell: That is correct.

Senator Phillips: They are from the Charlottetown office.

[Traduction]

des Anciens combattants est exactement l'inverse de celle que vous venez d'exposer. Le Programme pour anciens combattants âgés a justement pour objectif de permettre à l'ancien combattant de vivre dans sa propre demeure et sa propre collectivité aussi longtemps que possible. Par conséquent, plutôt que d'essayer de déterminer s'il est capable de se débrouiller seul ou s'il doit être placé en institution, nous avons mis en place un système qui lui permette de continuer à vivre chez lui aussi longtemps que possible. Nous prévoyons donc le rétribution d'une infirmière qui effectue des visites quotidiennes, pour donner une injection, par exemple, et ainsi de suite, d'une femme de ménage pour entretenir la maison et faire les repas; enfin, des services minimum d'entretien de la maison et du terrain. Le transport est maintenant compris; ainsi que des aménagements qui permettraient à un ancien combattant obligé de rester dans un fauteuil roulant de faire placer une rampe d'accès à la porte avant, de faire élargir les portes à l'intérieur de la maison, particulièrement celle de la salle de bains, pour qu'un fauteuil roulant puisse passer, de faire poser des rampes d'escalier, et ainsi de suite. L'ensemble du Programme pour anciens combattants âgés vise à fournir à l'ancien combattant les services qui lui permettent de vivre dans sa propre maison aussi longtemps que possible.

Le sénateur Phillips: Avez-vous effectué des études pour déterminer si l'allocation pour soins est suffisante?

L'honorable M. Campbell: Seulement les travaux préparatoires à la mise en place du Programme pour anciens combattants âgés. Il ne vous le dira évidemment pas lui-même, mais M. Mitchell est l'auteur et le promoteur principal du projet pilote qui a donné naissance au programme que nous connaissons maintenant.

Le sénateur Phillips: J'ai une question au sujet des logements pour anciens combattants. Dans les prévisions, il est question de 73 000\$. J'imagine qu'il ne s'agit que de l'administration en coopération avec la SCHL; est-ce exact?

L'honorable M. Campbell: Il faudrait que je vérifie, mais il peut s'agir d'engagements que nous devons respecter jusqu'au moment où les programmes de la Société canadienne d'hypothèques et de logement remplaceront les nôtres. L'un de mes fonctionnaires pourrait peut-être vérifier ce point particulier et vous en faire part. Nous avions auparavant un Programme d'aide au logement pour les anciens combattants. Étant donné que les programmes de la SCHL étaient plus avantageux, le ministère des Affaires des anciens combattants a progressivement abandonné le secteur du logement.

Le sénateur Marshall: Vos prévisions pour 1984-1985 font état de 32 000\$ de plus qu'en 1983-1984 au chapitre des Mesures spéciales d'aide au logement pour les anciens combattants. Est-ce que ces mesures ont été supprimées?

L'honorable M. Campbell: Je vous obtiendrai des renseignements à ce sujet.

Le sénateur Phillips: J'ai une question à poser au sujet de votre méthode d'embauche au nouveau bureau de Charlottetown. Les candidats sont proposés par le Centre d'emploi.

L'honorable M. Campbell: C'est exact.

Le sénateur Phillips: Le Centre d'emploi de Charlottetown.

[Text]

Hon. Mr. Campbell: No.

Senator Phillips: From where?

Hon. Mr. Campbell: From all offices.

Senator Phillips: How many have been referred from offices other than Charlottetown?

Hon. Mr. Campbell: I could get you the figures. To give you an example, if a position was being considered and a request for 10 referrals was made to Canada Manpower, there would probably be a break of something like four referrals from Charlottetown, two or three from Summerside, one from O'Leary, one from Surrey and one from Montague. There would be that kind of break-out. But generally all positions are advertised in all of the offices of Manpower. Again, that is only for the lower categories. In the higher categories, such as Administration Officer I upwards, they are filled by the Public Service Commission.

Senator Phillips: I believe they left out the bilingual office at P.E.I., Wellington. I guess that was a slip.

Hon. Mr. Campbell: Yes. Even more so for headquarters, when we have a number of positions within the department that are "bilingual imperative". Probably all of the referrals would come from that office.

Senator Phillips: I am concerned that, when the referrals go in, this then gives the minister a chance to decide whom he is taking, on a political basis, rather than on the basis of qualifications. I am wondering why this special arrangement was made. Why are the names not selected from the public service list, where everyone writes a qualifying exam and the name is selected from that? I am rather suspicious of it.

Hon. Mr. Campbell: Let me respond to that one, because this is the first time I have heard it. The position in DVA, as with any other federal government department, are not filled in the same way as positions in the Province of P.E.I., for example. The minister is not involved in the selection process. You may be using the example of P.E.I., where under the Civil Service Commission Act interviews are held, and the employing authority is the minister; the minister, following the interviews are the rating process, receives a list of five names. The minister then has total discretion to be totally political, and can choose any one of the five names. In the case of the federal Public Service Commission, the employing authority is the commission and it is outside the department. It is based on the merit system alone. So, if there is one position, the individual who rates highest in the interview process will be offered the job. Contrary to some degree of public belief, the Minister of Veterans Affairs does not see the list of those to be offered jobs, either before or after, until the job offers have been made to the individual.

Senator Phillips: I find it difficult to believe, knowing the political situation in P.E.I., that the minister does not see that list.

[Traduction]

L'honorable M. Campbell: Non.

Le sénateur Phillips: Lequel, donc?

L'honorable M. Campbell: Tous les centres d'emploi.

Le sénateur Phillips: Combien ont été proposés par des Centres d'emploi autres que celui de Charlottetown?

L'honorable M. Campbell: Je pourrais obtenir les chiffres. A titre d'exemple, si nous avions un poste à pouvoir et demandions dix candidats au Centre d'emploi du Canada, il y aurait environ 4 candidats de Charlottetown, 2 ou 3 de Summerside, 1 de O'Leary, 1 de Surrey et 1 de Montague. Ce serait à peu près la répartition. En général, toutefois, tous les postes sont annoncés dans tous les centres d'emploi. Là encore il ne s'agit que des catégories inférieures de personnel. C'est la Commission de la fonction publique qui dote les postes des catégories supérieures, comme les agents d'administration de niveau I et au-dessus.

Le sénateur Phillips: Je crois qu'ils ont oublié le bureau bilingue de Wellington, dans l'Île-du-Prince-Édouard. Je suppose qu'il s'agit d'un oubli.

L'honorable M. Campbell: Oui. D'autant plus pour l'administration centrale, où nous avons un certain nombre de postes au sein du ministère qui sont bilingues, à dotation impérative. Les candidats seraient probablement tous proposés par ce bureau.

Le sénateur Phillips: Ce qui me préoccupe, c'est que des candidats sont proposés, et le ministre peut ensuite décider qui sera embauché en se fondant sur des raisons politiques plutôt que sur les compétences. Je me demande pourquoi cette entente spéciale existe. Pourquoi les candidats ne sont-ils pas choisis à partir du répertoire de la Fonction publique? Tous les candidats inscrits ont subi un examen. J'ai des doutes à ce sujet.

L'honorable M. Campbell: J'aimerais répondre à cette question, parce que c'est la première fois que j'en entends parler. Au ministère des Affaires des anciens combattants, comme dans tous les autres ministères fédéraux, les postes ne sont pas pourvus de la même façon qu'au gouvernement provincial de l'Île-du-Prince-Édouard. Le ministre ne participe pas au processus de sélection. Vous utilisez peut-être l'exemple de l'Île-du-Prince-Édouard parce qu'aux termes du *Civil Service Commission Act*, on procède à des entrevues, et c'est le ministre qui est l'employeur; après les entrevues et la cotation, le ministre reçoit une liste de cinq noms. Il est alors tout à fait libre de choisir l'un des cinq candidats et de baser sa décision sur des motifs politiques. Dans le cas de la Commission de la fonction publique du gouvernement fédéral, c'est la Commission qui décide, et elle n'a rien à voir avec le ministère. Sa décision se fonde uniquement sur le principe du mérite. S'il y a un poste à pouvoir, le candidat qui obtient la meilleure note à l'entrevue se verra offrir le poste. Contrairement à ce que certains peuvent penser, le ministre des Affaires des anciens combattants ne voit à aucun moment la liste des candidats à qui on offre le poste tant que l'un d'eux n'a pas été retenu.

Le sénateur Phillips: Connaissant la situation politique à l'Île-du-Prince-Édouard, il m'est difficile de croire que le ministre ne voie pas la liste.

[Text]

Hon. Mr. Campbell: It may happen provincially, but it does not happen federally more than it does provincially. Mind you, the minister might be desirous of having that process on occasion, but that is not the way it works. Although I appreciate that there are a lot of people who may have been successful, who want to find fault somewhere with the process, the minister does not have any discretion whatsoever in terms of the job offer. It is based on the merit principle and differs from the provincial process in that there is no final stage in which the minister does have an opportunity to review the top names and make a selection.

Senator Phillips: How many employees are transferring to Charlottetown?

Hon. Mr. Campbell: Generally, as a rule, and it has been consistent since the relocation of the first unit, it is running between 17 to 20 per cent of the people who are in the positions in Ottawa moving to Charlottetown. The rest are then filled through either in-service competition in the first instance or open competition in the second instance through the regular process.

Senator Phillips: How many positions have been filled in Charlottetown to date?

Hon. Mr. Campbell: There are approximately 490 positions out of about 570. The rest are in the process of relocation and both Canada Manpower and the Public Service Commission are in the process of carrying out the necessary interviews to fill those.

Senator Phillips: How many of the 490 have been transferred to Charlottetown?

Hon. Mr. Campbell: Approximately 80.

Senator Marshall: Are you saying that the 410 are those who did not want to transfer to Charlottetown?

Hon. Mr. Campbell: That is right.

Senator Marshall: How much of a disruption has that caused in the operation?

Hon. Mr. Campbell: You have to look at our program delivery. From what I can find out, we have adjusted very nicely. Of course, we have been able, through the process of in-service, to train a number of people, as Senator Phillips knows, who come from P.E.I. to Ottawa to work with the person in the position for a period of time prior to the person being transferred. They have been able to gain on-the-job experience. What I can garner from the delivery of programming and from the impact of the new people coming on staff, it has been a real credit to them that they have been able to maintain the services at a very high level.

Senator Phillips: In order to ensure that I understood the minister correctly, Mr. Chairman, did he state that there are approximately 400 positions filled?

Hon. Mr. Campbell: Perhaps one of my officials has the exact figures and I can leave them with you, but there are approximately 570 to 580 positions that have relocated to the island already. Of those, approximately 480 to 500 are presently filled and the remaining 220 to 230 will be transferred between now and September.

[Traduction]

L'honorable M. Campbell: Il se peut que cela se produise au niveau provincial, mais certainement pas davantage au niveau fédéral qu'au niveau provincial. Croyez-moi, le ministre aimerait dire son mot à l'occasion, mais ce n'est pas la façon de procéder. Je comprends que beaucoup de candidats qui n'ont pas réussi voudraient bien attribuer leur échec à une lacune du système. Le ministre n'a aucun pouvoir discrétionnaire en matière d'offre d'emploi. Le poste est offert suivant le principe du mérite, et le système fédéral se distingue du processus provincial en ce sens qu'aucune étape n'est prévue pour permettre au ministre de choisir parmi les meilleurs candidats.

Le sénateur Phillips: Combien d'employés sont mutés à Charlottetown?

L'honorable M. Campbell: En général, le taux est constant depuis le déménagement du premier service, c'est-à-dire qu'entre 17 et 20 p. 100 des fonctionnaires qui occupent des postes à Ottawa déménagent à Charlottetown. Les autres postes sont fournis tout d'abord par voie de concours restreint et ensuite par voie de concours public.

Le sénateur Phillips: Combien de postes ont été pourvus à Charlottetown jusqu'à maintenant?

L'honorable M. Campbell: Il y en a peu près 490 sur environ 570. Les autres devraient l'être sous peu; le Bureau d'emploi du Canada et la Commission de la fonction publique font actuellement passer les entrevues nécessaires pour y pourvoir.

Le sénateur Phillips: Sur les 490 postes, combien ont été relocalisés à Charlottetown?

L'honorable M. Campbell: Environ 80.

Le sénateur Marshall: Voulez-vous dire que les 410 autres titulaires ne voulaient pas être mutés à Charlottetown?

L'honorable M. Campbell: C'est exact.

Le sénateur Marshall: Dans quelle mesure cette situation a-t-elle perturbé les activités?

L'honorable M. Campbell: Il suffit d'examiner la situation du programme. Autant que je sache, nous nous sommes très bien adaptés. Bien sûr, nous avons été capables, par voie interne, de former, comme le sénateur Phillips le sait, des habitants de l'Île-du-Prince-Édouard venus à Ottawa pour travailler avec le titulaire du poste pendant un certain temps avant sa mutation. Ils ont pu acquérir de l'expérience en cours d'emploi. D'après le rendement du programme et la réaction des nouveaux employés, il est tout à leur honneur qu'ils aient réussi à maintenir la qualité des services.

Le sénateur Phillips: Ai-je bien compris le ministre, monsieur le président, quand il a déclaré qu'on avait pourvu à environ 400 postes?

L'honorable M. Campbell: L'un des fonctionnaires de mon ministère a les chiffres exacts que je peux vous communiquer. Il y a entre 570 et 580 postes qui ont déjà été déplacés. Sur ce nombre, entre 480 et 500 postes ont déjà des titulaires et les 220 ou 230 postes qui restent seront relocalisés d'ici septembre.

[Text]

Senator Phillips: I am trying to find out how many positions have been filled locally.

Hon. Mr. Campbell: You mean how many islanders are working in DVA?

Senator Phillips: Yes.

Hon. Mr. Campbell: Approximately 140 to 150.

Senator Phillips: At three o'clock this afternoon the Public Service Commission advised me that there had been 44 positions filled. Of those, approximately 20 were senior positions which were filled by competition.

Hon. Mr. Campbell: That is only from the public service. There are those positions which would also be filled through Manpower that would not be in the statistics available to the public service.

Senator Phillips: In that 44 they included, I believe, 23 from Manpower.

Hon. Mr. Campbell: I am not sure, Senator, whether you mean the positions that are being filled at the moment.

Senator Phillips: That have been filled since the office opened.

Hon. Mr. Campbell: I can ask Dr. Mitchell to comment on the situation with respect to the Canadian Pension Commission. I do not know where the statistics come from, but I question their accuracy.

Dr. Mitchell: Mr. Chairman, I can only talk about the Canadian Pension Commission. There are approximately 230 positions, approximately 33 of which are original CPC employees who have been moving to the Island. Approximately 200 will be employed. Currently, we have 68 per cent of those 200 positions staffed. A little over 50 per cent of our staffing will be from the Island itself. If you take 70 per cent of 200 and take half of that, that will tell you how many Islanders are hired just for the commission. Perhaps, Mr. Chairman, Senator Phillips' statistics might be about the commission, because that sort of fits in with what he was saying.

Senator Phillips: That is probably correct.

Hon. Mr. Campbell: Mr. Chairman, from the beginning I can get you the exact figure, but I think it is in the range of 140 to 160 Islanders who have been working with the department since the beginning of the relocation.

The Chairman: Does that include the minister?

Hon. Mr. Campbell: I am not sure whether the minister is in the statistics or not.

Senator Marshall: As a supplementary, the 1983 annual report shows that the Canada Pension Commission had 279 positions. In the departmental administration the figure is 464. I do not know how many of those are clerical in the Pension Commission, but I understand that there was a total of 472 positions in 1982 and there were 279 in the Pension Commission in 1983. Is that right, Dr. Mitchell?

[Traduction]

Le sénateur Phillips: J'essaie de savoir combien de postes sont occupés par des habitants de la région.

L'honorable M. Campbell: Vous voulez savoir combien d'habitants de l'Île-du-Prince-Édouard travaillent au ministère des Affaires des anciens combattants?

Le sénateur Phillips: Oui.

L'honorable M. Campbell: Entre 140 et 150, environ.

Le sénateur Phillips: A trois heures cet après-midi, la Commission de la fonction publique m'informait que l'on avait pourvu à 44 postes dont une vingtaine sont des postes supérieurs auxquels on a pourvu par voie de concours.

L'honorable M. Campbell: Il ne s'agit que des postes dont s'est occupée la Fonction publique. Il y a aussi ceux dont s'occupera le Bureau d'emploi et qui ne figureront pas dans les statistiques de la Fonction publique.

Le sénateur Phillips: Sur les 44 postes dont je vous parle, il y en aurait, je crois, 23 dont la dotation a été faite par le Bureau d'emploi.

L'honorable M. Campbell: Je ne sais pas, monsieur le sénateur, si vous parlez des postes auxquels on pourvoit dans le moment.

Le sénateur Phillips: Il s'agit de ceux pourvus depuis l'ouverture du bureau.

L'honorable M. Campbell: Je demanderais à M. Mitchell de nous parler de la situation de la Commission canadienne des pensions. Je ne sais pas qui a produit les chiffres, mais je mets en doute leur exactitude.

M. Mitchell: Monsieur le président, je ne peux parler que de la Commission canadienne des pensions. Elle compte environ 230 postes, dont environ 33 sont occupés par d'anciens employés qui ont déménagé à l'Île. Environ 200 autres employés seront embauchés. Pour le moment, 68 p. 100 de ces 200 postes ont été pourvus. Un peu plus de 50 p. 100 de notre personnel sera originaire de l'Île. Le nombre d'habitants de l'Île qui ont été embauchés pour travailler à la Commission est égal à 70 p. 100 de 200 divisé par 2. Il se peut, monsieur le président, que les chiffres du sénateur Phillips concernent la Commission étant donné que mes chiffres correspondent plus ou moins aux siens.

Le sénateur Phillips: C'est probablement exact.

L'honorable M. Campbell: Monsieur le président, je peux vous fournir les chiffres exacts, mais je pense qu'il y a entre 140 et 160 habitants de l'Île qui travaillent au ministère depuis le début de la relocalisation.

Le président: Incluez-vous le ministre dans ce chiffre?

L'honorable M. Campbell: Je ne sais pas s'il fait partie du nombre ou non.

Le sénateur Marshall: Le rapport annuel de 1983 indique dans les renseignements supplémentaires que la Commission canadienne des pensions comptait 279 postes, et l'administration du ministère, 464. Je ne sais pas combien d'employés de l'administration travaillent pour le compte de la Commission des pensions, mais je crois comprendre qu'il y avait 472 postes

[Text]

Dr. Mitchell: There are about 233 in the Pension Commission head office.

Senator Marshall: Why would there be a drop when you have increased your staff in order to look after the backlog?

Dr. Mitchell: I am not sure of the 279. I suspect that it includes some other people who are not really on our strength.

Hon. Mr. Campbell: It may include the central pension pay which would really be on departmental strength as opposed to Canadian Pension Commission strength.

Senator Marshall: They show other departmental administration also, so there are some ambiguous figures there. There must be some error there. However, it is not that important.

I wonder if we could touch on disability pensions since Dr. Mitchell is here. There are two points I should like to make, Mr. Chairman. One is with respect to how the provisions of the act are to be construed. The point is that the provision of this act shall be liberally construed and interpreted to the end that the recognized obligation of the people and the Government of Canada, to provide compensation to those members of the forces who have been disabled or have died as a result of military service and unto their dependents, may be fulfilled. The other point has to do with the primary policy of the commission, and the words there are quite similar. In the past two or three years we have had a backlog of applications building up and we have tried to correct that. Social Affairs, Science and Technology Committee May 29, 1984 JWT M/AP (Senator Marshall continuing) We had the McCracken Report, which points out certain deficiencies; we had grievances from the National Council of Veterans Associations on behalf of war amputees and others.

There are now different groups which I have to mention, because I have become connected with them. There is a group known as the Suffering Veterans and I can tell you, Mr. Minister, that the letters coming in to them are mounting. There are letters coming to me, and no doubt they are starting to come to you, and I can tell you that you will get a great many of them. Apart from the fact that most of them express the grievance that they were turned down—and turned down without justification over the years and also turned down on appeal—I think we have to pay attention to them and try to give them satisfaction, regardless of the extent of their grievance. Some of the letters that I have been getting are pretty sad. One, for example, was from a man in New Brunswick. I checked on him and, although he is getting the proper treatment, he is in sad condition because he has cancer of the mouth. He cannot speak and he explained in his letter what is wrong with him. However, this is merely an example of the kind of cases we are hearing about.

If one follows through the process from first application through the entitlement board and the review board and pre-

[Traduction]

en 1982 et qu'il y en avait 279 à la Commission des pensions en 1983. Est-ce exact, monsieur Mitchell?

M. Mitchell: Il y a environ 233 employés à l'administration centrale de la Commission des pensions.

Le sénateur Marshall: Pourquoi y aurait-il eu une baisse quand vous avez augmenté votre personnel pour rattraper le retard?

M. Mitchell: Je ne suis pas sûr que le chiffre de 279 soit exact. Je soupçonne qu'il comprend d'autres employés qui ne font pas vraiment partie de notre personnel.

L'honorable M. Campbell: Il peut comprendre les employés du Bureau central des pensions qui font en fait partie de l'effectif du ministère et non de celui de la Commission canadienne des pensions.

Le sénateur Marshall: On cite d'autres services administratifs du ministère et c'est pourquoi les chiffres peuvent être ambigus. Il doit y avoir une erreur, mais ce n'est pas très important.

Je me demande si nous pouvons aborder la question des pensions d'invalidité étant donné que M. Mitchell est ici. Il y a deux questions que j'aimerais soulever, monsieur le président. La première a trait à l'interprétation de la Loi sur les pensions. En fait, les dispositions de la présente Loi doivent être libéralement interprétées afin qu'il puisse être satisfait à l'obligation reconnue du peuple canadien et du gouvernement du Canada d'indemniser les membres des forces qui sont devenus invalides ou sont décédés par suite de service militaire, ainsi que les personnes à leur charge. L'autre concerne la première politique de la Commission qui est formulée à peu près dans les mêmes termes. Au cours des deux ou trois dernières années, les demandes se sont accumulées, et nous avons tenté de rattraper le retard. Le rapport McCracken fait état de certaines anomalies; nous avons reçu des griefs du Conseil national des associations des anciens combattants au nom, entre autres, des amputés de guerre.

Il y a différents groupes que je dois nommer la raison de mes rapports avec eux. Il y a les anciens combattants malades, et je peux vous dire, monsieur le ministre, que leurs lettres s'accumulent. J'en reçois et il est certain que vous commencerez à en recevoir vous aussi et même beaucoup. A part le fait que la plupart se plaignent que leur demande a été rejetée, sans justification et même après appel, je pense que nous devons tenter de leur donner satisfaction, sans tenir compte de l'ampleur de leur grief. Certaines des lettres que j'ai reçues sont très tristes. Par exemple, celle d'un homme du Nouveau-Brunswick qui, malgré les bons traitements qu'il reçoit est dans un état assez grave, victime d'un cancer de la bouche. Il ne peut pas parler et il m'écrit pour m'expliquer sa situation. Toutefois, ce n'est qu'un exemple des cas dont nous entendons parler.

Le traitement des demandes, depuis la première étape, sa réception, jusqu'à sa préparation aux comités d'indemnisation

[Text]

paring the statement of case, there are delays, and, regardless of who is at fault, I am wondering what is wrong with the legislation. Is there any reason why, even at this late date, we cannot review the legislation to find some means of either relaxing the restrictions or shortening the process so that we can give applicants the correct answer in a shorter period of time? Also, is there any way that we could revive in the memories of some of the medical examiners the fact that there is a humane responsibility besides a legislative responsibility? I will use the example of the rule of evidence—In other words, the benefit of the doubt. It is clearly quite impossible to obtain evidence from a buddy who was with you 25, 35 or 40 years ago. Would it be possible for us to get our heads together to try to review this whole process before too long? I am willing to help and I am sure the Legion and the National Council and other veterans organizations would be willing to help also. We recognize what is being said in the volumes of studies and reports that are put out, but I am wondering if there is anyone within your own staff who has any ideas of this matter? Has your department been looking at this whole question?

Hon. Mr. Campbell: Mr. Chairman, I have a couple of comments. Number one, the senator is quite correct that, when the McCracken Report was done, it basically addressed the issue of the administration of the act and, specifically, the processing time and things of this nature. In fact, the majority of the recommendations of that report were implemented fairly quickly and we saw a fairly dramatic impact, not only on the backlog at the commission, but also in the processing time.

The announcement which I made two or three weeks ago, which I mentioned earlier, Senator Marshall, could certainly entertain questions such as the one you have just raised. However, I am not sure that it will alleviate concern unless we begin to look at, really, the Pension Act itself. While I am not at all unsympathetic, and in fact I certainly want to do everything possible to ensure the maximum benefits accrued to veterans, we do run into some difficulties, obviously, as our veteran population ages, because, conditions develop that are associated with aging and not with war-related disabilities.

Senator Marshall: Under the "Improved Client Services" section, there is a paragraph which relates directly to what I am talking about.

Hon. Mr. Campbell: Just to use your example, and again I do not want to highlight an individual's difficulties, but for the individual who has cancer it would be necessary to know whether that medical condition was related to military service, on the basis of which benefits, not only in terms of disability pension but treatment benefits, could be considered. We are running slowly into the situation where, as a result of advanced age, there will be cases of need. I am sure you have received letters from individuals, for example, who have developed a heart condition, and again this condition is not at all a war-related disability. With the exception of whatever assistance we can provide in terms of drugs under the War Veterans Allowance, the commission is basically in the position of look-

[Traduction]

et de révision, et le compte rendu de la cause, connaît des retards et quelle qu'en soit la raison, je me demande ce qui cloche dans la Loi. Pourquoi, même maintenant, ne pouvons nous pas réviser la Loi pour trouver des moyens soit d'en assouplir les restrictions, soit d'écourter le processus pour réussir à répondre aux demandes plus rapidement? De plus, ne pourrions-nous pas secouer certains médecins pour leur rappeler que le côté humain est aussi important que les dispositions de la loi? Qu'il s'agisse par exemple de la règle de la preuve, ou, en d'autres termes, le bénéfice du doute. Il est tout à fait impossible d'obtenir le témoignage d'un compagnon sur des événements qui se sont produits il y a 25, 35 ou 40 ans. Ne pourrions-nous pas nous concerter pour réviser tout le processus avant longtemps? Je suis prêt à aider et je suis convaincu que la Légion et le Conseil national ainsi que d'autres organismes d'anciens combattants le seront aussi. Nous souscrivons à ce qu'affirment les études et les rapports qui ont été publiés, mais je me demande si un membre de votre personnel a des idées à ce sujet? Votre ministère s'est-il penché sur toute cette affaire?

L'honorable M. Campbell: Monsieur le président, j'ai une ou deux remarques à formuler. D'abord le sénateur a tout à fait raison d'affirmer que le rapport McCracken a examiné essentiellement l'administration de la loi et plus précisément le temps de traitement d'une demande et d'autres aspects de cette nature. En fait, la majorité des recommandations du rapport ont été mises en œuvre assez rapidement et les effets en ont été assez spectaculaires, non seulement pour ce qui est des retards enregistrés par la Commission mais aussi sur le temps de traitement des demandes.

Les déclarations que j'ai faites il y a deux ou trois semaines et dont j'ai parlé plus tôt, sénateur Marshall, pourraient certainement porter sur des questions comme celles que vous venez de soulever. Toutefois, je ne crois pas que l'on pourra dissiper des inquiétudes à moins d'étudier la Loi sur les pensions. Je n'y suis pas du tout opposé et en fait je suis prêt à faire tout ce qui est possible pour que les anciens combattants touchent toutes les prestations qui leur sont dues, mais il est évident que la population des anciens combattants vieillit parce que leurs ennuis de santé sont associés à l'âge et non pas à des blessures de guerre.

Le sénateur Marshall: A la rubrique intitulée «Amélioration des services aux clients», il y a un paragraphe qui porte directement sur ce dont je parle.

L'honorable M. Campbell: Pour reprendre votre exemple, sans vouloir insister sur la maladie de cet homme, le cancer, il faudrait savoir si son état de santé est lié à son service militaire, avant de songer à lui verser des prestations d'invalidité et de traitement. Il y aura de plus en plus de personnes âgées dans le besoin. Je suis sûr que vous avez reçu des lettres de personnes souffrant de maladies cardiaques qui n'ont rien à voir avec la guerre. Exception faite des médicaments que nous pouvons fournir avec l'allocation des anciens combattants, la Commission est avant tout chargée d'étudier les demandes pour qu'aucun des nombreux problèmes médicaux du candidat ne pourrait même en lui donnant tout le bénéfice du doute possible, lui donner droit à toucher des prestations.

[Text]

ing at the application and determining that, while the individual probably has numerous medical problems, none of them can be construed as war-related or—even extending the benefit of the doubt as far as possible—could qualify him for any benefits.

Senator Marshall: I would like to quote one paragraph:

The Commission will medically examine pensioners more frequently as the population ages to comply with accepted medical opinion that disabilities worsen as aging occurs.

In my opinion, it is getting pretty late.

Hon. Mr. Campbell: We are doing that now. Dr. Mitchell will confirm that we have gone from 12,000 examinations in 1983 to 18,000 examinations, and we are aiming for a target of 23,000.

Senator Marshall: What have been the results over the past year? Perhaps I could ask Dr. Mitchell to give us a run-down of how it has improved.

Hon. Mr. Campbell: Are you speaking in terms of medical examinations?

Senator Marshall: Yes, in terms of the adjudication, from the start of the application to the decision, what is the length of time that the process takes?

Dr. Mitchell: Mr. Chairman, I can give Senator Marshall the figures for the 1983-84 fiscal year. The average time taken to adjudicate a first decision in 1983-84 was approximately 120 to 130 days.

Senator Marshall: For a first decision?

Dr. Mitchell: That is correct, a first decision. Senator Marshall will remember that the minister has often quoted the figures showing that three years ago that same process took 334 days. Therefore, it has been considerably reduced. We have a goal, which we have published with great audacity in the Blue Book, Part III of the estimates. Our goal is to have the adjudication done in 90 days.

Senator Marshall: Do you think you will reach that goal?

Dr. Mitchell: Yes, we will.

Senator Marshall: There is a clause in the act which disturbs me, and I will explain it in my own terms because I cannot remember the correct wording. This clause concerns a veteran who has been receiving a pension for a number of years. Suddenly, his case is reviewed and his pension drops considerably. Then there is the clause which says that, if the pension has not been paid for three years, it has to continue that way; they cannot drop it.

Then there is the age factor which comes in, I think it is below 55. It is difficult to understand the circumstances where a medical examiner would review a case and say that, six or seven or eight years ago, someone made a mistake, especially when a person has budgeted a certain amount for his mortgage or whatever his expenses are. In some cases, pensions are reduced from 45 or 50 per cent down to five per cent. Can you explain why that happens?

[Traduction]

Le sénateur Marshall: J'aimerais citer un paragraphe:

Au fur et à mesure que les pensionnés vieilliront, la Commission leur fera subir des examens médicaux plus souvent, se conformant ainsi à l'opinion médicale admise que les invalidités s'aggravent avec l'âge.

A mon avis, il est un peu tard.

L'honorable M. Campbell: Nous nous en occupons. M. Mitchell va pouvoir nous confirmer que nous sommes passés de 12 000 examens en 1983 à 18 000, et que notre objectif est de 23 000.

Le sénateur Marshall: Quels ont été les résultats au cours de l'année dernière? Je voudrais demander à M. Mitchell de nous faire part des améliorations réalisées.

L'honorable M. Campbell: Voulez-vous parler du domaine des examens médicaux?

Le sénateur Marshall: Oui, et en particulier du temps écoulé entre le début de la demande et la décision.

M. Mitchell: Monsieur le président, je peux donner au sénateur Marshall les chiffres correspondants à l'année financière 1983-1984. Le délai moyen de traitement d'une première décision en 1983-1984 est d'environ 120 à 130 jours.

Le sénateur Marshall: Pour une première décision?

M. Mitchell: Oui, pour une première décision. Le sénateur Marshall se souvient sans doute que conformément aux chiffres cités à plusieurs reprises par le ministre, les mêmes formalités nécessitaient 334 jours il y a trois ans. Par conséquent, les délais ont été considérablement réduits. Nous avons annoncé un objectif très audacieux dans la partie III du budget. Nous avons pour objectif de parvenir à un traitement en 90 jours.

Le sénateur Marshall: Pensez-vous atteindre cet objectif?

M. Mitchell: Oui.

Le sénateur Marshall: Une disposition de la Loi me préoccupe. Je voudrais vous en parler dans mes propres termes, car je ne me souviens plus de sa formulation exacte. Cette disposition concerne les anciens combattants qui ont reçu une pension pendant un certain nombre d'années, dont le cas est un jour réexaminé et dont la pension diminue considérablement. Ensuite, cette disposition stipule que si la pension n'a pas été versée pendant trois ans, elle doit rester au même niveau et on ne peut en diminuer le montant.

Ensuite intervient un facteur d'âge; je crois que l'âge limite est de moins de 55 ans. On comprend mal dans quelles circonstances un médecin peut réévaluer un cas et décider qu'une erreur a été commise il y a six, sept ou huit ans, en particulier dans le cas d'une personne qui s'est constitué un budget serré pour payer son hypothèque ou autre chose. Dans certains cas, la pension passe de 45 ou 50 à 5 p. 100. Pouvez-vous expliquer comment cela est possible?

[Text]

Dr. Mitchell: You are correct that it happens but it is very rare. Last year we reviewed over 14,000 disability pensioners of which roughly 4,000 had their pensions increased and something less than 200 had their pensions reduced a little bit. The reduction is because the Pension Commission pays for the amount of disability which is determined by medical examination from time to time. So we are obliged by law to pay the disability, not because of what the pensioner received the previous year but because of what his disablement is today. I can assure you, Mr. Chairman, that it happens very rarely.

Senator Marshall: But how can a 40-year old man who is 50 per cent deaf be less deaf after 15 years and have his pension reduced by 45 per cent?

Dr. Mitchell: I am not sure of the particular case, but I know of a case in Newfoundland where a pensioner was deemed to be eligible for 15 per cent pension.

Senator Marshall: There is one outside Newfoundland.

Dr. Mitchell: On examination we found that his hearing had not improved but that it was never 50 per cent in the first instance.

Senator Marshall: The medical examiner made a mistake.

Dr. Mitchell: There was a mistake and his actual disablement was 5 per cent but he had been paid at the 50 per cent rate for some period of time.

Senator Marshall: I do not wish to dwell on individual cases but this particular veteran quit his job to take an easier one and was depending upon his pension to supplement the easier job. I feel there should be some review of the legislation as far as the Pension Commission is concerned. I believe I recommended last year that we review the recommendations of the Woods report that have not been accepted. Perhaps they would apply now or as the years go by.

My next question is about the veterans who were exposed to radiation in Chalk River and Nevada. The American government has recognized the effects of the radiation on the veterans and is studying the matter. I understand that you have commissioned a study. How soon before the report will be ready?

Hon. Mr. Campbell: The United States government has accepted the issue of radiation but only for treatment purposes. It is only going part of the way and, as I understand it, no compensation provisions have been accepted. However, some cases are going to court and the courts may award damages.

As of the moment, our study will be available in August, 1984. The study is a very intensive one dealing with the majority of the individuals who were actually involved in either or both of the Chalk River clean-ups plus the Nevada testing.

[Traduction]

M. Mitchell: Vous avez raison de signaler que cela peut se produire, mais c'est très rare. L'année dernière, nous avons réévalué plus de 14 000 cas de pension d'invalidité, dont environ 4 000 ont bénéficié d'une augmentation de pension et moins de 200 ont subi une légère réduction. Cette dernière est due au fait que la Commission des pensions assume le montant correspondant à l'invalidité, qui est déterminé en fonction d'un examen médical périodique. Nous sommes donc obligés par la loi de payer cette invalidité, non pas en fonction de ce que le pensionné a reçu l'année précédente, mais de ce que représente son invalidité aujourd'hui. Et je puis vous assurer, monsieur le président, que partielle réduction est très rare.

Le sénateur Marshall: Mais comment se fait-il qu'un homme qui était sourd à 50 p. 100 à l'âge de 40 ans soit moins sourd 15 ans plus tard et que sa pension soit réduite de 45 p. 100?

M. Mitchell: Je ne connais pas ce cas particulier, mais j'ai eu connaissance d'un cas à Terre-Neuve où le pensionné a été réputé avoir droit à une pension de 50 p. 100.

Le sénateur Marshall: Il existe un cas semblable ailleurs qu'à Terre-Neuve.

M. Mitchell: A l'examen médical, on a constaté que son acuité auditive s'était pas améliorée mais qu'elle n'avait pas pu être de 50 p. 100 au début.

Le sénateur Marshall: Le médecin avait donc fait une erreur.

M. Mitchell: Oui, et l'invalidité véritable était de 5 p. 100, alors qu'elle avait été payée à 50 p. 100 pendant un certain temps.

Le sénateur Marshall: Je ne voudrais pas m'attarder sur des cas individuels, mais dans ce cas particulier, l'ancien combattant a quitté son emploi pour en prendre un plus facile, et il avait donc besoin de sa pension comme complément de salaire. J'estime quant à moi qu'il faudrait refondre la loi en ce qui concerne la Commission des pensions. J'ai recommandé l'année dernière qu'on examine les recommandations du rapport Woods qui n'ont pas été acceptées. Peut-être seraient-elles plus pertinentes aujourd'hui ou dans les années à venir.

Ma question suivante concerne les anciens combattants qui ont été irradiés à Chalk River et au Nevada. Le gouvernement américain a reconnu les effets des radiations sur ces anciens combattants et il étudie la question. Je crois savoir que vous avez vous aussi entrepris une étude. Dans combien de temps votre rapport sera-t-il prêt?

L'honorable M. Campbell: Le gouvernement des États-Unis a reconnu l'existence de cette situation, mais uniquement à des fins de soins médicaux. C'est un résultat partiel mais, si je comprends bien, il n'a pas accepté le principe de l'indemnisation des victimes. Cependant, certains cas ont été portés devant les tribunaux, qui pourraient accorder des dommages et intérêts.

Nous pensons actuellement que notre étude sera terminée en août 1984. Il s'agit d'une étude très complète portant sur la majorité des personnes qui ont participé aux opérations de nettoyage à Chalk River et aux essais au Nevada.

[Text]

Senator Marshall: Would these people have applied for pensions at one time or another?

Hon. Mr. Campbell: A number may have, but I suspect that a majority of them have not.

Senator Marshall: Why?

Hon. Mr. Campbell: I have no idea.

Senator Marshall: Could it be that the effects were not that great?

Hon. Mr. Campbell: Perhaps in some instances. In other instances they may not have felt that the cause of their disability was in any way related to their previous service, or a number of those involved may not have felt any effects whatsoever.

The Chairman: Is the report a departmental report?

Hon. Mr. Campbell: It is a study commissioned by me.

The Chairman: A ministerial study?

Hon. Mr. Campbell: Yes. We have contracted with the Department of Epidemiology, University of Ottawa, to carry out the study and to provide us with a report. That report will be released publicly and its findings will probably be the basis of an article in a medical journal. The study is being conducted independently of the department and my office. It will deal with as many as possible of the actual cases involved in either of the three events.

The Chairman: Will the report be made public and be tabled in Parliament?

Hon. Mr. Campbell: Yes. In fact, I think Dr. Mitchell can confirm that we have encouraged the people doing the study not to wait for departmental consideration but to consider releasing the study publicly as soon as it is completed.

Senator Phillips: The minister indicated that a number of people being hired in Ottawa are to be trained by the people they are replacing. I know that a number of physicians have been engaged. I hope they are not being trained by the people they are replacing, because I do not think that the medical officers on the Pension Commission ever understood the benefit-of-the-doubt clause. Over the years I have seen many final assessments rejecting pension applications with a final statement saying that it was not proven that the injuries were related to war-time service. I have always found it difficult to believe that the veteran was receiving the benefit-of-the-doubt, when that sentence was invariably the last one in the decision. I hope that the new group of medical officers will have someone from the Legion or from a parliamentary committee explaining to them what is meant by the benefit-of-the-doubt clause. Over the years I have found the medical officers to be rather inhumane and inconsiderate in insisting that the veteran prove to their satisfaction that the injury was due to war-time service.

Hon. Mr. Campbell: Your observation may be true, but I do not see it as a negative reflection on the members of the medical advisory branch. The responsibility for the benefit-of-the-doubt provision does not rest with the medical advisory branch

[Traduction]

Le sénateur Marshall: Ces personnes ont-elles demandé des pensions à un moment ou à un autre?

L'honorable M. Campbell: Certaines d'entre elles en ont peut-être présentées, mais je pense que c'est une minorité.

Le sénateur Marshall: Pourquoi?

L'honorable M. Campbell: Je n'en ai aucune idée.

Le sénateur Marshall: Serait-ce parce que les effets de l'irradiation sont minimes?

L'honorable M. Campbell: Peut-être, dans certains cas. Dans d'autres, ces personnes n'ont peut-être pas vu de rapport entre les causes de leur invalidité et leurs années de service antérieur, et un certain nombre d'entre elles n'ont peut-être ressenti aucun effet.

Le président: S'agit-il d'un rapport du ministère?

L'honorable M. Campbell: C'est moi qui ai demandé qu'on entreprenne cette étude.

Le président: S'agit-il d'une étude ministérielle?

L'honorable M. Campbell: Oui. Nous avons conclu un contrat avec le service d'épidémiologie de l'Université d'Ottawa pour qu'il réalise cette étude et qu'il nous soumette un rapport qui sera rendu public, et dont les conclusions feront sans doute l'objet d'un article dans une revue médicale. Le ministère et mon service n'interviennent nullement dans cette étude. Elle portera sur le plus grand nombre possible de participants dans l'un des trois cas.

Le président: Ce rapport sera-t-il rendu public et déposé au Parlement?

L'honorable M. Campbell: Oui. En fait, M. Mitchell pourra sans doute confirmer que nous avons incité les responsables de l'étude à ne pas attendre l'avis du ministère et à envisager plutôt de publier cette étude dès qu'elle serait terminée.

Le sénateur Phillips: Le ministre a signalé qu'on engageait un certain nombre de personnes à Ottawa, et qu'elles allaient être formées par celles dont elles prennent la place. Je sais qu'on a engagé un certain nombre de médecins. J'espère qu'ils ne sont pas formés par ceux qu'ils vont remplacer, car je ne pense pas que les médecins de la Commission des pensions aient jamais compris le principe du bénéfice du doute. Au cours des années, j'ai vu de nombreuses évaluations qui rejetaient une demande de pension par une déclaration définitive indiquant qu'il n'était pas prouvé que les blessures en cause aient été imputables au service en temps de guerre. J'ai eu beaucoup de mal à concevoir qu'ont ait accordé aux anciens combattants le bénéfice du doute alors que la décision les concernant se terminait toujours par cette observation. J'espère qu'un membre de la Légion ou d'un comité parlementaire pourra expliquer à ce nouveau groupe de médecins ce qui signifie le principe de bénéfice du doute. J'ai toujours trouvé les médecins impitoyables lorsqu'ils exigent qu'un ancien combattant leur prouve que sa blessure est due à son service en temps de guerre.

L'honorable M. Campbell: Votre remarque est sans doute juste, mais je ne la considérerais pas comme un reproche à l'égard des membres du conseil consultatif médical. Ce n'est pas à eux d'appliquer le principe du bénéfice du doute, mais au

[Text]

but with the members of the Canadian Pension Commission, who must review the medical evidence that is provided to them.

Senator Phillips: It is pretty difficult for them to give the benefit of the doubt when the medical officers are, in effect, recommending against it.

Dr. Mitchell: As a commissioner, I can assure you that the commissioners receive direction from the medical advisers, but they are their own people and they make up their own minds. The benefit of the doubt is exercised by the commissioners and they are not unduly influenced by the medical advisory branch. I can assure you of that, as a commissioner and a physician.

Senator Phillips: Then the attitude must have changed since you became chairman of the commission.

Hon. Mr. Campbell: If that is the case, then that is a further improvement.

Senator Marshall: Perhaps I could ask a couple of questions concerning the transfer of hospitals. Has the St. Anne's Hospital been transferred yet?

Hon. Mr. Campbell: No.

Senator Marshall: But Deer Lodge has?

Hon. Mr. Campbell: Yes.

Senator Marshall: What is the intention with regard to the St. Anne's Hospital?

Hon. Mr. Campbell: The fairest way of describing it would be to say we will observe the status quo.

The Chairman: Senator Marshall, before you ask any further questions, I have a couple of motions that I would like to get on the record, as Senator McGrand has to attend another meeting. I have here a copy of the fact sheets concerning the Canadian Pension Commission. Perhaps it could be appended to the record of today's proceedings.

Senator Phillips: I so move.

Hon. Senators: Agreed.

(For text of fact sheets see Appendix p. 9A:1)

The Chairman: I also have the third report of the steering committee. Would someone move that the report be adopted?

Senator Phillips: I so move.

Hon. Senators: Agreed.

The Chairman: We may now continue with questions.

Senator Marshall: I refer now to the Rideau Veterans' Home and the Saskatoon Veterans' Home. They are not in the classification of being handed over to municipalities or provinces, are they?

Hon. Mr. Campbell: There have been some preliminary discussions on the Rideau Veterans' Home. I think it is fair to indicate that they are in the very preliminary stages.

[Traduction]

contraire aux membres de la Commission canadienne des pensions, qui est chargée d'étudier les dossiers médicaux qu'on lui soumet.

Le sénateur Phillips: Ce n'est guère commode, pour la Commission, d'accorder le bénéfice du doute lorsque les médecins ont formulé un avis négatif.

M. Mitchell: En tant que membre de la commission, je puis vous assurer que les membres de la commission reçoivent des indications des conseillers médicaux, mais qu'ils prennent par la suite leur décision en toute autonomie. Ils appliquent le principe du bénéfice du doute et ne se laissent pas influencer indûment par le conseil consultatif médical. Je puis vous en donner l'assurance aussi bien en tant que membre de la commission qu'à titre de médecin.

Le sénateur Phillips: C'est donc que les choses ont changé depuis que vous présidez la commission.

L'honorable M. Campbell: Si tel est le cas, il s'agit encore une fois d'une amélioration.

Le sénateur Marshall: Puis-je poser quelques questions à propos des transferts d'hôpitaux? L'hôpital Sainte-Anne, par exemple, a-t-il déjà été transféré?

L'honorable M. Campbell: Non.

Le sénateur Marshall: Et l'hôpital de Deer Lodge?

L'honorable M. Campbell: Oui.

Le sénateur Marshall: Quels sont les projets concernant l'hôpital Sainte-Anne?

L'honorable M. Campbell: Pour dire vrai, on s'en tient au statu quo.

Le président: Sénateur Marshall, avant de vous laisser poser vos autres questions, je voudrais obtenir quelques motions, car le sénateur McGrand doit assister à une autre séance. J'ai ici un exemplaire d'un document concernant la Commission canadienne des pensions. On pourrait l'annexer au compte rendu des délibérations d'aujourd'hui.

Le sénateur Phillips: Je propose une option en ce sens.

Des voix: Adopté.

(Voir ce document en appendice, p. 9A:1)

Le président: J'ai également ici le troisième rapport du comité directeur. L'un d'entre vous pourrait-il proposer l'adoption du rapport?

Le sénateur Phillips: Je le propose.

Des voix: Adopté.

Le président: Nous pouvons poursuivre les questions.

Le sénateur Marshall: Venons-en maintenant au Foyer Rideau pour anciens combattants et au Foyer pour anciens combattants de Saskatoon. Est-il prévu de les céder aux autorités municipales ou provinciales?

L'honorable M. Campbell: On a pris des contacts préliminaires en ce qui concerne le Foyer Rideau. Je dois indiquer que l'opération est à peine amorcée.

[Text]

Senator Marshall: What effect would the Aging Veterans Program have on eliminating those two homes?

Hon. Mr. Campbell: That question is difficult to answer, because one has to speculate on what effect the Aging Veterans Program will have in terms of diminishing the demand or need for additional nursing or other forms of care. We have always to remember that, when we look at our pensions and War Veterans' Allowance Program, we are only talking about one-third of the total veteran population. So it is a pretty hypothetical guess as to how many in the next five years will knock on our doors and say, "We need help".

Senator Marshall: Concerning the staff, by program and location as of March 31, 1983 under veterans services, there are 3,720 on staff somewhere, and the total staff of the Department of Veterans Affairs is 5,222. If we take off those 3,720, that would leave a very small department. Now that you have improved the War Veterans Allowance Act and you are taking in those under 65, it could almost be classified under part of the Department of Health and Welfare, although I shudder to say that. Is anyone within the department looking at the phase-out of the Department of Veterans Affairs, whereby the War Veterans Allowance could be looked after by an agency of the Department of Health and Welfare, and the Pension Commission could become a body unto itself? I will probably get shot for asking that question.

Hon. Mr. Campbell: I would say that in the short term it has not been looked at; but obviously somewhere in the long term it is inevitable that it has to be addressed. I do not think we should draw the conclusion the proposed changes to the War Veterans Allowance Act will reduce the demand on the department at all, because, in fact, the advantage of harmonization is that it will simply remove the duplication in terms of the calculation of War Veterans Allowance benefits. In the past the problem has always been that while, for example, National Health and Welfare did its calculations for guaranteed income supplement based on certain definitions of income and certain time periods, our War Veterans Allowance Act used different definitions and different time periods. All we are doing is bringing the two in line so that, in calculating the War Veterans Allowance benefits for those over 65, we can use the National Health and Welfare tapes as opposed to having to duplicate that calculation within our shop. But the corollary of that is that, with the expansion of the Aging Veterans Program, the person-years normally associated with that function would be freed to expand the Aging Veterans Program faster than if we maintained the present War Veterans Allowance system.

Senator Marshall: I cannot find the staff of the Veterans Land Administration. That is an agency where they are collecting payments and sending out receipts. You have a Deputy

[Traduction]

Le sénateur Marshall: Dans quelle mesure le Programme pour anciens combattants âgés pourrait-il entraîner l'élimination de ces deux foyers?

L'honorable M. Campbell: Voilà une question difficile, car on ne peut que conjecturer les effets du Programme pour anciens combattants âgés sur la diminution de la demande ou sur l'augmentation des soins infirmiers ou des autres soins. N'oublions pas que lorsqu'on considère nos pensions et le Programme des allocations aux anciens combattants, nous ne parlons que d'environ un tiers de l'ensemble des anciens combattants. Il est donc difficile de prévoir le nombre de ceux qui vont solliciter notre aide d'ici cinq ans.

Le sénateur Marshall: En ce qui concerne le personnel par programme et par service au 31 mars 1983, on trouve à la rubrique des services des anciens combattants un effectif de 3 720 employés, tandis que l'effectif total du ministère des Affaires des anciens combattants est de 5 222 employés. Si on en retranche ces 3 720 employés, cela nous laisse un effectif bien modeste pour le ministère. On a amélioré la Loi sur les allocations aux anciens combattants et la prise en charge intervient avant 65 ans, on pourrait pratiquement transférer toutes ces activités au ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, bien que je ne veuille nullement préconiser un tel transfert. Est-ce que certains de vos collègues envisagent une éventuelle disparition du ministère des Affaires des anciens combattants, à l'issue de laquelle les allocations aux anciens combattants seraient prises en charge par un organisme du ministère de la Santé et du Bien-être social et la Commission des pensions deviendrait indépendante? Je vais sans doute mériter le peloton d'exécution pour avoir posé une telle question.

L'honorable M. Campbell: A court terme, nous n'avons pas envisagé cette éventualité; mais il va certainement falloir y songer à long terme. Je ne pense pas qu'il faille nécessairement en conclure que les modifications qu'on envisage d'apporter à la Loi sur les allocations aux anciens combattants vont réduire la demande de services auprès du ministère car en fait, ces mesures d'harmonisation vont simplement faire disparaître les doublons inutiles dans le calcul des allocations aux anciens combattants. Jusqu'à maintenant, le ministère de la Santé et du Bien-être social calculait son supplément du revenu garanti en fonction de certaines définitions du revenu et de certaines périodes. La Loi sur les allocations aux anciens combattants comporte des définitions et des périodes différentes. Nous ne faisons que faire coïncider les deux systèmes afin que, pour le calcul des allocations aux anciens combattants âgés de plus de 65 ans, nous puissions utiliser les données de Santé et Bien-être social, par opposition à l'obligation de faire ce calcul en double dans nos bureaux. Toutefois, avec l'extension du Programme pour anciens combattants âgés, les années-personnes normalement associées à cette fonction seront libérées pour pouvoir élargir le programme plus rapidement que si nous conservions le système actuel d'allocations aux anciens combattants.

Le sénateur Marshall: Il m'est impossible de trouver le personnel de l'Office de l'établissement agricole des anciens combattants. Il s'agit de l'organisme qui s'occupe des paiements et

[Text]

Minister of Veterans Land Administration. I will not try to take away someone's job, but why do we maintain such a large staff in Veterans Land Administration—unless you want to start up a housing program, which I would recommend.

Hon. Mr. Campbell: We are still handling approximately 26,000 to 27,000 files, with dollar amounts in excess of \$250 million.

Senator Marshall: With a good portion of interest too.

Hon. Mr. Campbell: Yes. There is also the provision under the act for veterans who may wish to convert to conventional mortgages in order to meet the requirements of the Matrimonial Properties Acts in the various provinces. There are also transactions between the veterans. Let us take a classical case, one that we are dealing with right now. A veteran in one of the provinces wants to dispose of a portion of the land in order that a highway can go through in that particular area. It involves that particular office taking the necessary course of action. We are, however, reducing the number of office and the number of staff commensurate with the volume or the number of files that are being handled, without creating an undue hardship or the veterans in that particular area.

Senator Marshall: In the case of disability pensions and the War Veterans Allowance recipients, the figure was dropping in number until a couple of years ago—but perhaps we can get into that when we deal with treatment services. It then suddenly took a rise for two years and is now starting to dwindle off again. But I will leave that for now. I want to get back to the suffering veterans. Perhaps I could get some assistance. We, as members of Parliament or senators, owe answers to those who submit cases to us. It is reaching such proportions that it is difficult to handle. I am trying to find a shortcut method of having each individual case go to your office, but I am wondering if it would be asking too much to send you these letters in the near future—to be handled by somebody who would acknowledge them and take action even though in many cases the action would be the same as it was before. They may not be entitled to it, but there might be, on review, some consideration given when there is certain evidence presented.

Hon. Mr. Campbell: Mr. Chairman, I have no difficulty in handling them through my office. The only concern I have is that I do not think we would be very fair to those individuals, if we left them with the impression that something different was going to happen other than the regular process, because, obviously, what I will have to do is acknowledge the letter, acknowledge the case, and then forward it to the Pension Commission, and, ideally, probably back to the pension advocate in the particular area. It would then come back through the system in the same way as if they made application to their advocate or gave notice of their intention to appeal or to launch a new case depending upon the circumstances. I think we would

[Traduction]

des reçus. Un sous-ministre est responsable de l'Office. Sans essayer d'enlever son emploi à quiconque, je me demande pourquoi l'Office compte un personnel aussi important, à moins que nous ne désirions mettre sur pied un programme de logement, ce que je recommanderais.

M. Campbell: Nous devons toujours nous occuper d'environ 27 000 dossiers et gérer un budget de plus de 250 millions de dollars.

Le sénateur Marshall: Et également une bonne portion d'intérêts.

L'honorable M. Campbell: Oui, également une disposition est prévue dans la Loi à l'intention des anciens combattants qui désireraient des hypothèques conventionnelles en vue de satisfaire aux exigences de la Loi sur les biens matrimoniaux dans les diverses provinces. Il y a également des transactions entre les anciens combattants. Prenons un cas classique, l'un de ceux dont nous nous occupons actuellement. Un ancien combattant de l'une des provinces désire vendre une parcelle de terre afin de permettre à une route de traverser cette région. Le bureau compétent intéressé doit donc prendre les mesures nécessaires. Toutefois, nous réduisons le nombre de bureaux et d'employés proportionnellement au volume des dossiers dont nous nous occupons, sans créer de difficultés injustes aux anciens combattants de cette région.

Le sénateur Marshall: Dans le cas des pensions d'invalidité et des bénéficiaires des allocations aux anciens combattants, la tendance était à la baisse jusqu'à il y a quelques années. Nous pourrions peut-être examiner cette question lorsque nous traiterons des services de soins. Il y a eu ensuite une hausse pendant deux ans mais une nouvelle baisse se fait maintenant sentir. Je vais laisser cela de côté pour l'instant. Je saute d'une chose à l'autre. Je désire que nous en revenions aux anciens combattants malades. Peut-être qu'il me serait possible d'obtenir de l'aide. En qualité de député ou de sénateur, nous devons répondre à ceux qui nous soumettent leur cas. Le phénomène prend une telle ampleur qu'on ne sait plus très bien comment s'y prendre. J'essaie de trouver un raccourci pour que chaque cas individuel soit transmis à votre bureau. Je me demande toutefois si c'est trop demander de pouvoir vous transmettre prochainement un grand nombre de lettres dont vous accuserez réception, tout en prenant les mesures appropriées, même si dans de nombreux cas le remède est le même qu'auparavant: les requérants sont susceptibles de ne pas y avoir droit. On pourrait considérer certains cas lorsque des preuves sont présentées.

L'honorable M. Campbell: Monsieur le président, mon bureau peut s'en occuper sans difficulté. La seule chose qui me préoccupe, c'est que je n'ai pas l'impression que nous nous montrerons très équitables à l'égard de ces particuliers si nous leur laissons croire qu'ils auront droit à un traitement spécial. Je devrai en effet accuser réception des lettres, les expédier à la Commission des pensions qui probablement les renverra aux services juridiques de pension compétents en la matière. Elles suivront ainsi la même filière que si les requérants avaient adressé leur demande à leur avocat ou fait part de leurs intentions d'interjeter appel ou de présenter un nouveau cas suivant les circonstances. Je pense que ce serait nous montrer injustes

[Text]

be doing them an injustice if we left them with the clear impression that by writing to the minister they could get him to overrule the decision of the commission, thus allowing benefits to accrue to them by a faster and different method.

Senator Marshall: It is just a matter of shortening the process. I know that in some cases they have gone to their pension advocate and their regional office, and it is difficult for me to go back to that regional office. I think that as minister you should be aware of them. I certainly do not want to give them the impression that because I write to you they are going to get a different adjudication.

Hon. Mr. Campbell: Again, I am as concerned as you are with the issues and concerns that have been raised by the organization. One other suggestion I would pass on is that, as a result of setting up the working committee, representatives of this particular organization may want to appear before that committee to expand upon their concerns and, hopefully, out of it will come some worthwhile suggestions on how we can address, and respond to, their concerns in a more rapid fashion.

Senator Marshall: May I go over a few of the grants and contributions from the estimate book? Why is the Legion's estimate for next year \$9,000 when they are now getting \$12,000? Who dropped the \$3,000?

Hon. Mr. Campbell: Mr. Chairman, I will have to check that. Perhaps we were more generous than usual last year.

Senator Marshall: I do not know. When we hear from the various other agencies perhaps we will be able to get some answers. For the Canadian Veterans Association of the United Kingdom I see a figure of \$1,000. I understand that there are quite a few veterans still residing overseas. I am wondering what the position is with their office in the U.K. Is Mr. Towgood still there?

Hon. Mr. Campbell: He is still there, Mr. Chairman. I have to compliment Senator Marshall for being so persistent. It seems to me he raised the same question two years ago.

Senator Marshall: That is right.

Senator Phillips: Let us hope we get some results this time.

Hon. Mr. Campbell: We had results then, and it remains constant to today.

Senator Marshall: At that time there was some question about shoving him into a small office and taking away the importance of the job he was doing. I hope that the minister stopped it at that time. I do not know what happened.

Hon. Mr. Campbell: I am not aware, Mr. Chairman, that that proposed change took place. I did have occasion last year to meet Mr. Towgood and to travel with him for a period of time. Certainly, at no time did he raise the concern that any-

[Traduction]

que de leur donner l'impression très nette qu'en écrivant au ministre, ce dernier sera en mesure d'annuler la décision de la Commission et qu'ils pourront ainsi recevoir des prestations grâce à une méthode différente et plus rapide.

Le sénateur Marshall: Il s'agit simplement d'abrégier le processus. Je sais que dans certains cas les requérants se sont adressés à leurs services juridiques et à leur bureau régional, de sorte qu'il m'est difficile de revenir à ce même bureau. Je pense qu'en qualité de ministre vous ne devriez pas les ignorer. Je ne veux certainement pas donner l'impression qu'ils vont faire l'objet d'une décision différente simplement parce que je vous ai écrit.

L'honorable M. Campbell: Une fois encore, je suis tout aussi préoccupé que vous par les questions soulevées par l'organisme. L'une des autres propositions que je transmets est qu'à la suite de la constitution d'un comité d'étude, les représentants de cet organisme peuvent désirer comparaître devant ce comité pour exposer leurs préoccupations en espérant qu'il en résultera des propositions valables quant à la façon dont nous pouvons aborder de façon plus rapide ces cas et y répondre.

Le sénateur Marshall: Puis-je passer en revue quelques-unes des subventions et contributions du budget? Pourquoi le budget de la Légion est-il de 9 000 \$ pour l'année prochaine alors qu'il est actuellement de 12 000 \$. Qui est responsable de la diminution de 3 000 \$?

L'honorable M. Campbell: Monsieur le président, nous devons vérifier. Peut-être que nous nous sommes montrés plus généreux que d'habitude l'année dernière.

Le sénateur Marshall: Je ne sais pas. Lorsque nous aurons des nouvelles des divers autres organismes, peut-être que nous pourrions obtenir certaines réponses. Je vois un montant de 1 000 \$ pour l'Association canadienne des anciens combattants du Royaume Uni. Je crois savoir qu'il y a toujours un assez grand nombre d'anciens combattants qui résident outre-mer. Je me demande quelle est la situation du bureau au Royaume Uni. M. Towgood est-il toujours là?

L'honorable M. Campbell: Oui, monsieur le président. Je dois complimenter le sénateur Marshall de se montrer aussi persévérant. Il me semble qu'il a soulevé la même question il y a deux ans.

Le sénateur Marshall: C'est exact.

Le sénateur Phillips: Espérons que nous aurons des résultats cette fois.

L'honorable M. Campbell: Nous avons eu des résultats à l'époque et la situation demeurent stable aujourd'hui.

Le sénateur Marshall: A l'époque il était question de l'installer dans un petit bureau et de lui retirer le travail important qu'il était en train de faire. J'espère que le ministre est intervenu. Je ne sais pas ce qui est arrivé.

L'honorable M. Campbell: Monsieur le président, je n'ai pas connaissance que ce changement envisagé ait eu lieu. L'année dernière j'ai eu l'occasion de rencontrer M. Towgood et de voyager avec lui pendant un certain temps. A aucun moment il n'a fait allusion à quoi ce soit.

[Text]

thing had happened to his displeasure with respect to accommodations.

Senator Marshall: I am unable to find the figures of the number of overseas veterans, but perhaps we can deal with that another time.

Mr. Chairman, I hope that we will be able to have Dr. Mitchell come back before us because I would like to get more of a grasp of the sections in the Canadian Pension Commission Act, which I would like to bring up in a more intelligent manner and perhaps we can do it at another time.

The Chairman: I understand that you have no more questions on policies so that on another occasion the minister's presence would not be required.

Senator Marshall: That is what I mean. I would like to question Mr. Hurley also sometime, but now that they are coming back and forth from Charlottetown, perhaps we could go down there.

The Chairman: That is an idea, but before we make that trip perhaps we should determine what we are going to get involved with. The Department of Veterans Affairs has several branches and perhaps we could do some planning about our schedule before starting to invite witnesses who might not be needed. Perhaps Dr. Mitchell could come before us to answer certain questions and a representative of the War Veterans Allowance Board could come another time.

Senator Marshall: I had several questions on the Aging Veterans Program, but the minister superseded us with the legislation that answered a lot of the questions.

Hon. Mr. Campbell: That is not my fault.

The Chairman: I think we should congratulate the minister for getting ahead of our committee. Ordinarily, we are ahead of all other departments, but in this case the minister beat us by a few hours by tabling the bill today.

Senator Phillips: Mr. Chairman, perhaps if the committee had not been meeting, he would not have seen us so promptly.

The Chairman: If that is the reason, it is still great to see it happening. As chairman of this committee, I should like to say that I believe our veterans in Canada are certainly receiving top priority as far as the department is concerned, and perhaps as good as any country in the world, but there are still some facets of this veterans legislation that are not yet on the order paper, and it is committees like ours that will keep pushing the department so that down the road, Mr. Minister, in your next term of office, for the next four years, you will be able to achieve that.

Hon. Mr. Campbell: I look forward to your suggestions and persistence.

Senator Marshall: We still want to take him to task about his responses to our report "They Served, We Care."

[Traduction]

Le sénateur Marshall: Il m'est impossible de trouver le nombre d'anciens combattants d'outre-mer et peut-être que nous pourrions nous occuper de cela une autre fois.

Monsieur le président, j'espère que M. Mitchell pourra de nouveau comparaître parce que j'aimerais avoir une meilleure compréhension des articles de la Loi sur les pensions sur laquelle j'aimerais attirer l'attention de façon plus intelligente. Peut-être que nous pourrions le faire une autre fois.

Le président: Je crois que vous n'avez pas d'autres questions sur les politiques de sorte que la présence du ministre ne sera plus nécessaire.

Le sénateur Marshall: C'est ce que je veux dire. J'aimerais également poser des questions à M. Hurley lorsque l'occasion se présentera. Peut-être pourrions-nous nous rendre à Charlottetown.

Le président: C'est une idée mais avant de faire ce voyage, peut-être que nous devrions déterminer ce dont nous nous occuperons. Le ministère des Affaires des anciens combattants possède plusieurs directions et nous pourrions planifier dans une certaine mesure notre programme avant d'inviter des témoins dont nous n'aurons peut-être pas besoin. Peut-être que M. Mitchell pourrait comparaître pour répondre à certaines questions et qu'un représentant de la Commission des allocations aux anciens combattants pourrait venir à une autre occasion.

Le sénateur Marshall: J'avais plusieurs questions au sujet du Programme pour anciens combattants âgés, mais le ministre nous a supplantés avec la loi qui a répondu à un grand nombre de questions.

L'honorable M. Campbell: Ce n'est pas ma faute.

Le président: Je pense que nous devrions féliciter le ministre d'avoir devancé notre comité. D'ordinaire, nous devançons tous les autres ministères mais dans ce cas, le ministre nous a battus de quelques heures en déposant le projet de loi aujourd'hui.

Le sénateur Phillips: Monsieur le président, peut-être que si le comité ne s'était pas réuni, il n'aurait pas réagi aussi rapidement.

Le président: Si c'est la raison, l'événement reste remarquable. En qualité de président de ce comité, je tiens à préciser que j'ai la conviction que nos anciens combattants du Canada se voient accorder vraiment la priorité en ce qui concerne le ministère et que les services sont probablement aussi bons que dans n'importe quelle partie du monde. Il existe toutefois certains aspects de cette loi sur les anciens combattants qui ne figurent pas pour l'instant au Feuilleton et ce sont des comités comme le nôtre qui poussent le ministère dans cette voie afin qu'au cours de votre prochain mandat de quatre ans, vous soyez en mesure d'atteindre ce résultat, monsieur le Ministre.

L'honorable M. Campbell: J'attends vos propositions.

Le sénateur Marshall: Nous désirons toujours qu'il donne sa réponse à notre rapport intitulé «Anciens combattants, nous nous souvenons».

[Text]

Senator Phillips: Are you suggesting he is going to be within the department somewhere after the next four years?

The Chairman: Honourable senators, I thought that since he has been bringing forward such good legislation the Prime Minister might continue him in office, but perhaps he will go for bigger and better things, because everybody does want to go up the ladder.

Senator Marshall: Perhaps he will even cross the floor.

The Chairman: That might happen as well.

Senator Phillips: We will ask the new minister to appoint him as commissioner.

Senator Marshall: Mr. Chairman, I had hoped to hear from Mr. Slater of the Canadian Legion. Perhaps Miss Bruce could arrange to find a date for him to appear.

The Chairman: We will talk to Mr. Slater afterwards.

If you have no further questions, we thank you, Mr. Minister and Dr. Mitchell, for your time. We will be in touch with Dr. Mitchell so that he can answer further questions. We are all looking forward to the opening of the new Honourable Daniel MacDonald Building in Charlottetown. Perhaps we will all have an opportunity to be there on that historic day for the Department of Veterans Affairs.

Hon. Mr. Campbell: Then mark June 28 on your calendars.

Senator Phillips: May I have my invitation before the event and not after?

Hon. Mr. Campbell: Yes, you may.

The Chairman: Do you want it in writing or verbally? Perhaps the minister could invite you verbally now and send a written invitation to you later.

Hon. Mr. Campbell: I will extend the invitation verbally now and send you one in writing, Senator Phillips.

Senator Phillips: What was the date again?

Hon. Mr. Campbell: June 28.

The Chairman: But we have no control over Canada Post.

Hon. Mr. Campbell: Then make the necessary adjustments.

The Chairman: Again, allow me to thank you on behalf of the members of the committee for your appearance before us today. The meeting is now adjourned.

The committee adjourned.

[Traduction]

Le sénateur Phillips: Donnez-vous à entendre qu'il se trouvera toujours au ministère après les quatre prochaines années?

Le président: Honorables sénateurs, étant donné qu'il a présenté une loi aussi satisfaisante, je pense que le premier ministre pourrait le garder à son service mais peut-être qu'il préférera des activités plus importantes étant donné que tout le monde désire monter dans l'échelle.

Le sénateur Marshall: Peut-être qu'il changera même de parti.

Le président: Cela peut également se produire.

Le sénateur Phillips: Nous demanderons au nouveau ministre de le nommer commissaire.

Le sénateur Marshall: Monsieur le président, j'espérais entendre M. Slater, de la Légion canadienne. Peut-être que M^{me} Bruce pourrait trouver une date qui lui conviendrait pour comparaître.

Le président: Nous parlerons à M. Slater plus tard.

Si vous n'avez pas d'autres questions, je tiens à vous remercier, Monsieur le Ministre et Monsieur Mitchell de nous avoir consacré votre temps. Nous contacterons M. Mitchell afin qu'il puisse répondre à d'autres questions. Nous attendons tous avec impatience l'inauguration de l'Édifice de l'honorable Daniel MacDonald à Charlottetown. Peut-être que nous aurons tous la possibilité de nous trouver là à l'occasion de cette journée historique pour le ministère des Affaires des anciens combattants.

L'honorable M. Campbell: Encerclez donc le 28 juin sur vos calendriers.

Le sénateur Phillips: Puis-je avoir mon invitation avant l'événement et non après?

L'honorable M. Campbell: Certainement.

Le président: Désirez-vous une invitation écrite ou verbale? Peut-être que le ministre pourrait vous inviter verbalement maintenant et vous envoyer ultérieurement une invitation écrite.

L'honorable M. Campbell: Je vais formuler l'invitation verbalement maintenant et je vous en adresserai une par écrit, sénateur Phillips.

Le sénateur Phillips: Quelle date avons-nous dit?

L'honorable M. Campbell: Le 28 juin.

Le président: Mais nous n'avons aucun contrôle sur Postes Canada.

L'honorable M. Campbell: Prenez donc les arrangements nécessaires.

Le président: Une fois encore, permettez-moi de vous remercier au nom des membres du comité d'avoir bien voulu comparaître aujourd'hui.

La séance est levée.

APPENDIX "A"

March 16, 1984

FACT SHEET
CANADIAN PENSION COMMISSION*Total Grants & Benefits*

FY 1983-84 \$667,936,000

Operating Expenses CPC as % of Grants & Benefits

FY 1983-84 \$ 15,808,000 2.3%

Number of Disability Pensioners

World War I	3744
World War II	85065
Korea	2141
Peacetime	7345

Dependent Pensioners as at 29 February 1984— 41,428

Total Pensions in payment— 29 February 1984—139,723.

Number of First Applications for Benefits received

FY 1983-84	5722	11 MOS ACTUAL
	<u>6242</u>	12 MOS F/CAST

Number of First Applications Adjudicated

FY 1983-84	5147	11 MOS ACTUAL
	<u>5615</u>	12 MOS F/CAST

*Average Time taken to Adjudicate a First Application*29 Feb 1984 136 days*Number of Applications for an Entitlement/Assessment Boards received*

FY 1983-84	3363	11 MOS
	<u>3669</u>	F/CAST

Number of Entitlement/Assessment Boards Heard

FY 1983-84	3622	11 MOS ACTUAL
	4047	F/CAST

Average time taken by the Commission to prepare documentations and promulgate Entitlement/Assessment Decision

29 Feb 1984 6.5 MOS

* Note: Once documentation is prepared the time taken between the individual and his representative certifying that they are ready to proceed, and the actual hearing is outside the control of the Canadian Pension Commission. Furthermore, the time taken by an individual who receives an unfavourable first decision to decide to appeal such a decision to an Entitlement Board is outside the control of the Commission.

APPENDICE «A»

Le 16 mars 1984

FEUILLE DE DONNÉES
COMMISSION CANADIENNE DES PENSIONS*Dépenses totales*

Année fiscale 1983-84 \$667,936,000

*Coût d'opérations de la C.C.P. en % des dépenses totales*Année fiscale 1983-84 15,808,000 2.3%*Nombre de pensionnés pour invalidité*

Première guerre mondiale	3744
Deuxième guerre mondiale	85065
Corée	2141
Temps de paix	7345

Prestations aux personnes à charge au 29 février 1984—41,428

Nombre total de pensions en paiement au 29 février 1984—139,723

Nombre de premières demandes de prestations reçues

Année fiscale 1983-84	5722	11 MOIS ACTUEL
	<u>6242</u>	12 MOIS PRÉVISION

Nombre de premières demandes étudiées

Année fiscale 1983-84	5147	11 MOIS ACTUEL
	<u>5615</u>	12 MOIS PRÉVISION

*Moyenne de temps requis pour étudier une première demande*29 février 1984 136 jours*Nombre de demandes d'audition par des Comités d'examen/d'évaluation reçues*

Année fiscale 1983-84	3363	11 MOIS
	<u>3669</u>	PRÉVISION

Nombre de causes entendues par des Comités d'examen/d'évaluation

Année fiscale 1983-84	3622	11 MOIS ACTUEL
	4047	PRÉVISION

Moyenne du temps requis par la Commission pour préparer la documentation et pour promulguer les décisions des Comités d'examen/d'évaluation

29 février 1984 6.5 MOIS

* Nota: Après que la documentation a été préparée, la Commission n'a aucun contrôle sur le temps écoulé entre la date où le requérant et son représentant certifient qu'ils sont prêts pour l'audition, et la date où la cause est entendue. De plus, la Commission n'a également aucun contrôle sur le temps écoulé entre le moment où un requérant reçoit une décision

		défavorable et le moment où il décide d'en enterjeter appel au Comité d'examen.	
<i>War Amputations Entitlement & Assessment Boards</i>		<i>Causes présentées par les Amputés de guerre de Canada aux Comités d'examen/d'évaluation</i>	
1 April 1980—29 November 1983	111	1 ^{er} avril 1980 au 29 novembre 1983	111
Favourable Decisions	50 45%	Décisions favorables	50 45%
Class 1 pensioners—29 February 1984	<u>4212</u>	Pensionnés de la catégorie 1 (au 29 février 1984)	<u>4212</u>
EIA Recipients—29 February 1984	<u>962</u> 23%	Titulaires d'allocation pour incapacité exceptionnelle—au 29 février 1984	<u>962</u> 23%
<i>Entitlement Board & Assessment Board Favourable Rates</i>		<i>Pourcentage des décisions favorables rendues par des Comités d'examen/d'évaluation</i>	
1980	28%	1980	28%
1981	31%	1981	31%
1982	39%	1982	39%



*If undelivered, return COVER ONLY to
Canadian Government Publishing Centre,
Supply and Services Canada,
Ottawa, Canada, K1A 0S9*

*En cas de non-livraison,
retourner cette COUVERTURE SEULEMENT à
Centre d'édition du gouvernement du Canada,
Approvisionnement et Services Canada,
Ottawa, Canada, K1A 0S9*

WITNESS—TÉMOIN

From the Department of Veterans Affairs:

Dr. R. B. Mitchell, Chairman, Canadian Pension Commission.

Du ministère des Affaires des anciens combattants:

M. R. B. Mitchell, président, Commission canadienne des pensions.



Second Session
Thirty-second Parliament, 1983-84

SENATE OF CANADA

*Proceedings of the Standing
Senate Committee on*

Social Affairs, Science and Technology

Chairman:
The Honourable M. LORNE BONNELL

Wednesday, June 20, 1984
Tuesday, June 26, 1984

Issue No. 10

Complete proceedings on:

Bill C-37, "An Act to amend the National
Housing Act", and
Bill C-40, "An Act to amend the Old Age
Security Act"

REPORTS OF COMMITTEE

APPEARING:

The Honourable Roméo LeBlanc
Minister of Public Works

WITNESSES:
(See back cover)

Deuxième session de la
trente-deuxième législature, 1983-1984

SÉNAT DU CANADA

*Délibérations du comité
sénatorial permanent des*

Affaires sociales, des sciences et de la technologie

Président:
L'honorable M. LORNE BONNELL

Le mercredi 20 juin 1984
Le mardi 26 juin 1984

Fascicule n° 10

Seul et unique fascicule concernant:

Projet de loi C-37, «Loi modifiant la Loi
nationale sur l'habitation», et
Projet de loi C-40, «Loi modifiant la Loi sur
la sécurité de la vieillesse»

RAPPORTS DU COMITÉ

COMPARAÎT:

L'honorable Roméo LeBlanc
Ministre des Travaux publics

TÉMOINS:
(Voir à l'endos)

THE STANDING SENATE COMMITTEE ON
SOCIAL AFFAIRS, SCIENCE AND TECHNOLOGY

The Honourable M. Lorne Bonnell, *Chairman*

The Honourable Orville H. Phillips, *Deputy Chairman*

The Honourable Senators:

Anderson	Marshall
Bielish	McGrand
Bonnell	*Olson
Cottreau	Phillips
*Flynn	Rousseau
Haidasz	Tremblay
Hébert	Wood

**Ex Officio Members*

(Quorum 4)

COMITÉ SÉNATORIAL PERMANENT DES
AFFAIRES SOCIALES, DES SCIENCES ET
DE LA TECHNOLOGIE

Président: L'honorable M. Lorne Bonnell

Vice-président: L'honorable Orville H. Phillips

Les honorables sénateurs:

Anderson	Marshall
Bielish	McGrand
Bonnell	*Olson
Cottreau	Phillips
*Flynn	Rousseau
Haidasz	Tremblay
Hébert	Wood

**Membres d'office*

(Quorum 4)

ORDERS OF REFERENCE

Extract from the Minutes of Proceedings of the Senate,
Tuesday, June 26, 1984:

"Pursuant to the Order of the Day, the Senate resumed the debate on the motion of the Honourable Senator Frith, seconded by the Honourable Senator Petten, for the second reading of the Bill C-37, intituled: "An Act to amend the National Housing Act".

After debate, and—

The question being put on the motion, it was—
Resolved in the affirmative.

The Bill was then read the second time.

The Honourable Senator Frith moved, seconded by the Honourable Senator Petten, that the Bill be referred to the Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology.

The question being put on the motion, it was—
Resolved in the affirmative."

Extract from the Minutes of Proceedings of the Senate,
Tuesday, June 26, 1984:

"Pursuant to the Order of the Day, the Senate resumed the debate on the motion of the Honourable Senator Bosa, seconded by the Honourable Senator Anderson, for the second reading of the Bill C-40, intituled: "An Act to amend the Old Age Security Act".

After debate, and—

The question being put on the motion, it was—
Resolved in the affirmative.

The Bill was then read the second time.

The Honourable Senator Bosa moved, seconded by the Honourable Senator Anderson, that the Bill be referred to the Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology.

The question being put on the motion, it was—
Resolved in the affirmative."

ORDRES DE RENVOI

Extrait des procès-verbaux du Sénat du mardi 26 juin 1984:

«Suivant l'Ordre du jour, le Sénat reprend le débat sur la motion de l'honorable sénateur Frith, appuyé par l'honorable sénateur Petten, tendant à la deuxième lecture du Projet de loi C-37, intitulé: «Loi modifiant la Loi nationale sur l'habitation».

Après débat,

La motion, mise aux voix, est adoptée.

Le projet de loi est alors lu la deuxième fois.

L'honorable sénateur Frith propose, appuyé par l'honorable sénateur Petten, que le projet de loi soit déféré au Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie.

La motion, mise aux voix, est adoptée.»

Extrait des procès-verbaux du Sénat du mardi 26 juin 1984:

«Suivant l'Ordre du jour, le Sénat reprend le débat sur la motion de l'honorable sénateur Bosa, appuyé par l'honorable sénateur Anderson, tendant à la deuxième lecture du Projet de loi C-40, intitulé: «Loi modifiant la Loi sur la sécurité de la vieillesse».

Après débat,

La motion, mise aux voix, est adoptée.

Le projet de loi est alors lu la deuxième fois.

L'honorable sénateur Bosa propose, appuyé par l'honorable sénateur Anderson, que le projet de loi soit déféré au Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie.

La motion, mise aux voix est adoptée.»

Le greffier du Sénat

Charles A. Lussier

Clerk of the Senate

MINUTES OF PROCEEDINGS

WEDNESDAY, JUNE 20, 1984
(14)

[Text]

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met this day, at 3:31 p.m., *in camera*, the Chairman, the Honourable Senator Bonnell, presiding.

Members of the Committee present: The Honourable Senators Bielish, Bonnell, Côtteau, Haidasz, Hébert, Marshall and Rousseau (7).

In attendance: Ms. Mildred J. Morton, Research Associate, Library of Parliament.

The Committee discussed the future work and schedule of the Committee regarding its Orders of Reference with respect of the estimates of Veterans Affairs and a comprehensive Canadian health care policy.

On motion of Senator Hébert, it was agreed,—That the meeting be held *in camera*.

The Chairman presented the Fourth Report of the Subcommittee on Agenda and Procedure which reads as follows:

FOURTH REPORT

Your Subcommittee met on Tuesday, June 5, 1984 to consider the future business of the Committee and agreed to make the following recommendations:

1. That the Committee await the return of Senator Marshall to discuss any travel plans on behalf of Veterans Affairs.

2. That the Committee consider establishing a Subcommittee of three to five members to Veterans Affairs.

On motion of Senator Marshall, it was agreed,—That the second item of the Fourth Report be amended to read as follows:

2. That the Committee consider establishing a Subcommittee of three to seven members to Veterans Affairs.

On motion of Senator Hébert, it was agreed,—That the Fourth Report of the Subcommittee on Agenda and Procedure be concurred in.

The Chairman presented the Fifth Report of the Subcommittee on Agenda and Procedure which reads as follows:

FIFTH REPORT

Your Subcommittee met on Wednesday, June 13, 1984 to consider the future business of the Committee and agreed to make the following recommendations:

1. That a Subcommittee on Veterans Affairs should be formed, consisting of the Honourable Senators Bonnell, Phillips, Marshall, Côtteau, Rousseau, Wood and Haidasz.

2. That an interim budget for the Committee's study of technological change be submitted to the Standing Commit-

PROCÈS-VERBAL

LE MERCREDI 20 JUIN 1984
(14)

[Traduction]

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit aujourd'hui à 15 h 31 à huis clos sous la présidence de l'honorable sénateur Bonnell (président).

Membres du comité présents: Les honorables sénateurs Bielish, Bonnell, Côtteau, Haidasz, Hébert, Marshall et Rousseau. (7)

Également présente: M^{me} Mildred J. Morton, adjointe à la recherche, Bibliothèque du Parlement.

Le comité étudie le calendrier des travaux du Comité concernant son ordre de renvoi portant sur le budget des dépenses des Affaires des anciens combattants et sur une politique globale de services de santé au Canada.

Sur motion du sénateur Hébert, il est convenu de tenir la séance à huis clos.

Le président présente le quatrième rapport du Sous-comité du programme et de la procédure:

QUATRIÈME RAPPORT

Le Sous-comité s'est réuni le mardi 5 juin 1984 pour examiner le programme des travaux du comité et est convenu de formuler les recommandations suivantes:

1. Que le Comité attende le retour du sénateur Marshall pour étudier tout projet de voyage pour le compte des Affaires des anciens combattants.

2. Que le Comité étudie la possibilité de créer un Sous-comité des Affaires des anciens combattants composé de trois à cinq membres.

Sur motion du sénateur Marshall, il est convenu de remplacer la deuxième recommandation du quatrième rapport par ce qui suit:

2. Que le Comité étudie la possibilité de créer un Sous-comité des Affaires des anciens combattants composé de trois à sept membres.

Sur motion du sénateur Hébert, il est convenu d'adopter le quatrième rapport du Sous-Comité du programme et de la procédure.

Le président présente le cinquième rapport du Sous-comité du programme et de la procédure:

CINQUIÈME RAPPORT

Le Sous-comité s'est réuni le mercredi 13 juin 1984 pour examiner le programme des travaux du Comité et est convenu de formuler les recommandations suivantes:

1. Qu'un Sous-comité des Affaires des anciens combattants soit créé et que les honorables sénateurs Bonnell, Phillips, Marshall, Côtteau, Rousseau, Wood et Haidasz en fassent partie.

2. Qu'un budget provisoire permettant au Comité d'étudier l'évolution technologique soit soumis à l'approbation du

tee on Internal Economy, Budgets and Administration for approval.

On motion of Senator Côtteau, it was agreed,—That the Fifth Report of the Subcommittee on Agenda and Procedure be concurred in.

At 3:52 p.m., the Committee adjourned to the call of the Chair.

ATTEST:

TUESDAY, JUNE 26, 1984

(15)

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met this day, at 4:02 p.m., the Chairman, the Honourable Senator Bonnell, presiding.

Members of the Committee present: The Honourable Senators Anderson, Bielish, Bonnell, Côtteau, Frith*, Haidasz, Hébert, Marshall, McGrand, Phillips, Roblin* and Wood (12).

Other Senators present: Honourable Senators Bosa, Inman, McElman, Petten and Stewart.

Appearing:

The Honourable Roméo LeBlanc, Minister, Department of Public Works.

Witnesses:

Mr. Denis Myette, Senior Program Évaluator, Canada Mortgage and Housing Corporation;

Mr. David Gulbraa, Director, Rural & Native Housing, Canada Mortgage and Housing Corporation;

* * *

Mr. Russell MacLellan, M.P., Parliamentary Secretary to the Minister of National Health and Welfare;

Mr. R. J. Allen, Director General, Policy Liaison and Development, Department of National Health and Welfare.

The Committee proceeded to examine and consider Bill C-37 intituled, "An Act to amend the National Housing Act".

The Minister made a statement, and with the witnesses, answered questions.

On motion of Senator Marshall, it was agreed,—That the Minister's statement be printed as an appendix to this day's Minutes of Proceedings (See *Appendix A*).

On motion of Senator Côtteau, it was agreed,—That the Committee report Bill C-37 to the Senate without amendment.

* * *

The Committee proceeded to examine and consider Bill C-40 intituled, "An Act to amend the Old Age Security Act".

The witnesses answered questions.

On motion of Senator Haidasz, it was agreed,—That the Committee report Bill C-40 to the Senate without amendment.

Comité permanent de la régie intérieure, budgets et administration.

Sur motion du sénateur Côtteau, il est convenu d'adopter le cinquième rapport du Sous-comité du programme et de la procédure.

A 15 h 52, le Comité suspend ses travaux jusqu'à nouvelle convocation du président.

ATTESTÉ:

LE MARDI 26 JUIN 1984

(15)

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit aujourd'hui à 16 h 02, sous la présidence de l'honorable sénateur Bonnell (président).

Membres du Comité présents: Les honorables sénateurs Anderson, Bielish, Bonnell, Côtteau, Frith*, Haidasz, Hébert, Marshall, McGrand, Phillips, Roblin* et Wood (12).

Autres sénateurs présents: Les honorables sénateurs Bosa, Inman, McElman, Petten et Stewart.

Comparaît:

L'honorable Roméo LeBlanc, ministre des Travaux publics.

Témoins:

M. Denis Myette, évaluateur principal de programme, Société canadienne d'hypothèque et de logement;

M. David Gulbras, directeur, Division du logement rural et autochtone, Société canadienne d'hypothèque et de logement;

* * *

M. Russell MacLellan, député, secrétaire parlementaire au ministre de la Santé et du Bien-être social;

M. R. J. Allen, directeur général, Politique, liaison et développement, ministère de la Santé nationale et du Bien-être social.

Le Comité entreprend l'étude du projet de loi C-37 intitulé: «Loi modifiant la Loi nationale sur l'habitation».

Le Ministre fait une déclaration, et avec les témoins, répond aux questions.

Sur motion du sénateur Marshall, il est convenu,—Que la déclaration du ministre sera imprimée en annexe au procès-verbal de ce jour (Voir *Appendice A*).

Sur motion du sénateur Côtteau, il est convenu,—Que le Comité fera rapport du projet de loi C-37 au Sénat sans amendement.

* * *

Le Comité entreprend l'étude du projet de loi C-40 intitulé: «Loi modifiant la Loi sur la sécurité de la vieillesse».

Les témoins répondent aux questions.

Sur motion du sénateur Haidasz, il est convenu,—Que le Comité fera rapport du projet de loi C-40 au Sénat sans amendement.

tee on Internal Economy, Budgets and Administration for approval.

On motion of Senator Côtteau, it was agreed,—That the Fifth Report of the Subcommittee on Agenda and Procedure be concurred in.

At 3:52 p.m., the Committee adjourned to the call of the Chair.

ATTEST:

TUESDAY, JUNE 26, 1984

(15)

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met this day, at 4:02 p.m., the Chairman, the Honourable Senator Bonnell, presiding.

Members of the Committee present: The Honourable Senators Anderson, Bielish, Bonnell, Côtteau, Frith*, Haidasz, Hébert, Marshall, McGrand, Phillips, Roblin* and Wood (12).

Other Senators present: Honourable Senators Bosa, Inman, McElman, Petten and Stewart.

Appearing:

The Honourable Roméo LeBlanc, Minister, Department of Public Works.

Witnesses:

Mr. Denis Myette, Senior Program Évaluator, Canada Mortgage and Housing Corporation;

Mr. David Gulbraa, Director, Rural & Native Housing, Canada Mortgage and Housing Corporation;

* * *

Mr. Russell MacLellan, M.P., Parliamentary Secretary to the Minister of National Health and Welfare;

Mr. R. J. Allen, Director General, Policy Liaison and Development, Department of National Health and Welfare.

The Committee proceeded to examine and consider Bill C-37 intituled, "An Act to amend the National Housing Act".

The Minister made a statement, and with the witnesses, answered questions.

On motion of Senator Marshall, it was agreed,—That the Minister's statement be printed as an appendix to this day's Minutes of Proceedings (See *Appendix A*).

On motion of Senator Côtteau, it was agreed,—That the Committee report Bill C-37 to the Senate without amendment.

* * *

The Committee proceeded to examine and consider Bill C-40 intituled, "An Act to amend the Old Age Security Act".

The witnesses answered questions.

On motion of Senator Haidasz, it was agreed,—That the Committee report Bill C-40 to the Senate without amendment.

Comité permanent de la régie intérieure, budgets et administration.

Sur motion du sénateur Côtteau, il est convenu d'adopter le cinquième rapport du Sous-comité du programme et de la procédure.

A 15 h 52, le Comité suspend ses travaux jusqu'à nouvelle convocation du président.

ATTESTÉ:

LE MARDI 26 JUIN 1984

(15)

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit aujourd'hui à 16 h 02, sous la présidence de l'honorable sénateur Bonnell (président).

Membres du Comité présents: Les honorables sénateurs Anderson, Bielish, Bonnell, Côtteau, Frith*, Haidasz, Hébert, Marshall, McGrand, Phillips, Roblin* et Wood (12).

Autres sénateurs présents: Les honorables sénateurs Bosa, Inman, McElman, Petten et Stewart.

Comparaît:

L'honorable Roméo LeBlanc, ministre des Travaux publics.

Témoins:

M. Denis Myette, évaluateur principal de programme, Société canadienne d'hypothèque et de logement;

M. David Gulbras, directeur, Division du logement rural et autochtone, Société canadienne d'hypothèque et de logement;

* * *

M. Russell MacLellan, député, secrétaire parlementaire au ministre de la Santé et du Bien-être social;

M. R. J. Allen, directeur général, Politique, liaison et développement, ministère de la Santé nationale et du Bien-être social.

Le Comité entreprend l'étude du projet de loi C-37 intitulé: «Loi modifiant la Loi nationale sur l'habitation».

Le Ministre fait une déclaration, et avec les témoins, répond aux questions.

Sur motion du sénateur Marshall, il est convenu,—Que la déclaration du ministre sera imprimée en annexe au procès-verbal de ce jour (Voir *Appendix A*).

Sur motion du sénateur Côtteau, il est convenu,—Que le Comité fera rapport du projet de loi C-37 au Sénat sans amendement.

* * *

Le Comité entreprend l'étude du projet de loi C-40 intitulé: «Loi modifiant la Loi sur la sécurité de la vieillesse».

Les témoins répondent aux questions.

Sur motion du sénateur Haidasz, il est convenu,—Que le Comité fera rapport du projet de loi C-40 au Sénat sans amendement.

At 5:39 p.m., the Committee adjourned to the call of the Chair.

A 17 h 39, le Comité suspend ses travaux jusqu'à nouvelle convocation du président.

ATTEST:

ATTESTÉ:

Le greffier du Comité

Erika Bruce

Clerk of the Committee

REPORTS OF THE COMMITTEE

Wednesday, June 27, 1984

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology presents its

FOURTH REPORT

Your Committee, to which was referred Bill C-37, intituled: "An Act to amend the National Housing Act", has in obedience to its Order of Reference of Tuesday, June 26, 1984, examined the said Bill and now reports the same without amendment.

Respectfully submitted,

Wednesday, June 27, 1984

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology presents its

FIFTH REPORT

Your Committee, to which was referred Bill C-40, intituled: "An Act to amend the Old Age Security Act", has in obedience to its Order of Reference of Tuesday, June 26, 1984, examined the said Bill and now reports the same without amendment.

Respectfully submitted,

RAPPORTS DU COMITÉ

Le mercredi 27 juin 1984

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie présente son

QUATRIÈME RAPPORT

Votre Comité, auquel on a déféré le projet de loi C-37, intitulé: «Loi modifiant la Loi nationale sur l'habitation» a, conformément à son ordre de renvoi du mardi 26 juin 1984, examiné ledit projet de loi et en fait maintenant rapport sans amendement.

Respectueusement soumis,

Le mercredi 27 juin 1984

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie présente son

CINQUIÈME RAPPORT

Votre Comité, auquel on a déféré le projet de loi C-40, intitulé: «Loi modifiant la Loi sur la sécurité de la vieillesse» a, conformément à son ordre de renvoi du mardi 26 juin 1984, examiné ledit projet de loi et en fait maintenant rapport sans amendement.

Respectueusement soumis,

Le président

M. Lorne Bonnell

Chairman

EVIDENCE

Ottawa, Tuesday, June 26, 1984

[Text]

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology, to which was referred Bill C-37, to amend the National Housing Act, met this day at 4:00 p.m. to give consideration to the bill.

Senator M. Lorne Bonnell (*Chairman*) in the Chair.

The Chairman: Honourable senators, we have before us for consideration this afternoon Bill C-37, to amend the National Housing Act.

To speak to the bill, we have with us the Honourable Roméo LeBlanc, the minister responsible for the Canada Mortgage and Housing Corporation.

I shall now turn the meeting over to the Honourable Mr. LeBlanc for any comments he may have by way of an opening statement, following which we will proceed to questioning.

Hon. Roméo LeBlanc, Minister Responsible for the Canada Mortgage and House Corporation: Mr. Chairman, the two officials accompanying me today from CMHC are Mr. Denis Myette, Senior Program Evaluator, who will be involved in the administration of the mortgage protection plan, if it is adopted by Parliament, and Mr. David Gulbraa, Director, Rural and Native Housing Division.

I have a fairly lengthy prepared statement, and I would prefer to spare members of the committee my reading that statement. Perhaps the best approach would be to have it tabled.

The Chairman: May I have a motion to have the minister's statement printed as an appendix to today's proceedings of the committee?

Senator Marshall: I so move, Mr. Chairman.

Hon. Senators: Agreed.

(For text of statement see appendix.)

Mr. LeBlanc: Basically, Bill C-37 is an attempt to deal with three problems. Let me speak first about the mortgage rate protection plan.

In an effort to restore confidence and stability in the mortgage field, particularly in light of the trauma of the 1981-82 period when we had wild fluctuations in interest rates, we have been looking at a mechanism whereby those desiring to do so could purchase insurance against such fluctuations.

Under the plan devised, the insurance protection feature is triggered if interest rates go beyond a given level. The first two-percentage-point increase would constitute a deductible, with up to an additional 10 per cent of mortgage rate increases covered to the extent of 75 per cent.

I have been responsible for CMHC for almost two years, and from the outset it was my feeling that we needed a psychologist as much as an economist. For people either to enter the housing market for the first time or to upgrade their hous-

TÉMOIGNAGES

Ottawa, le mardi 26 juin 1984

[Traduction]

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie auquel a été renvoyé le projet de loi C-37, loi modifiant la Loi nationale sur l'habitation, se réunit aujourd'hui à 16 heures pour en étudier la teneur.

Le sénateur M. Lorne Bonnell (*président*) occupe le fauteuil.

Le président: Honorables sénateurs, nous devons étudier cet après-midi le projet de loi C-37 loi modifiant la Loi nationale sur l'habitation.

Pour nous entretenir du projet de loi, nous accueillons aujourd'hui l'honorable Roméo LeBlanc, ministre responsable de la Société canadienne d'hypothèques et de logement.

Je passe maintenant la parole à l'honorable Roméo LeBlanc pour qu'il nous fasse part de ses observations en guise de déclaration préliminaire. Nous lui poserons ensuite des questions.

L'honorable Roméo LeBlanc, ministre responsable de la Société canadienne d'hypothèques et de logement: Monsieur le président, les deux officiels de la SCHL qui m'accompagnent aujourd'hui sont M. Denis Myette, évaluateur supérieur de programmes qui participera à l'administration du Programme de protection des taux hypothécaires, si celui-ci est adopté par le Parlement et M. David Gulbraa, Directeur de la Division des logements pour les ruraux les autochtones.

Étant donné que l'exposé que j'ai préparé est assez long, je préférerais ne pas en imposer la lecture aux membres du Comité. Il vaudrait peut-être mieux qu'il soit déposé.

Le président: Quelqu'un peut-il proposer que l'exposé du ministre soit imprimé en appendice aux délibérations de ce jour du Comité?

Le sénateur Marshall: Je le propose, monsieur le président.

Des voix: D'accord.

(Pour le texte de la déclaration voir l'Appendice.)

M. LeBlanc: Le projet de loi C-37 vise pour ainsi dire à régler trois problèmes. Permettez-moi tout d'abord de parler du Programme de protection des taux hypothécaires.

Dans le but de redonner confiance à la population et de stabiliser le marché hypothécaire, compte tenu surtout du traumatisme provoqué en 1981-1982 par les fluctuations brutales des taux d'intérêt, nous avons tenté de mettre au point un mécanisme qui permettrait à ceux qui le désirent de contracter une assurance contre ces fluctuations.

En vertu du Programme proposé, l'assurance entre en vigueur si les taux d'intérêt dépassent un niveau donné. Les deux premiers pourcents constitueraient une franchise de 2 p. 100. La protection irait au maximum jusqu'à 10 points au-dessus du seuil, le programme payant les trois quarts de toute hausse des mensualités.

Je suis responsable de la SCHL depuis presque deux ans et j'avais l'impression depuis le début que nous avons autant besoin d'un psychologue que d'un économiste. Pour se décider à se porter acquéreur d'une maison pour la première fois ou à

[Text]

ing situation, they have to feel that they are in a period of stability, for at the very least have some type of program under which, in return for a premium, there would be protection against extreme fluctuation in interest rates. In other words, there would be protection provided for increases beyond a certain level.

This is a new concept. We know of no other country that has put in place a similar type of plan. Belgium would be the closest, and there they have protection plan covering loss of income. Under the Belgian plan, if an individual has opted to take advantage of the plan and has paid his premiums, the plan will cover that individual's monthly mortgage payments in the event of sudden unemployment.

That deals with the first aspect of the bill. The second aspect of these amendments to the National Housing Act relates to the Rural and Native Housing Program. These amendments would make it possible for the federal government to unilaterally deliver the Rural and Native Housing Program, which is directed mainly at those living in isolated regions of this country and members of our native population, specifically those living off the reserve.

That plan came into being in 1975 and was conditional on the provinces participating to the extent of 25 per cent of the cost. In some parts of the country this program has worked quite well. Some of the provinces, having opted to participate, have since opted out, and those would be British Columbia, New Brunswick, and Prince Edward Island. The Province of Québec never opted into the program. That being said, I should put on the record that the Government of Québec has allocated a great deal of resources and attention to the whole housing sector.

The third aspect is one which the Minister of Finance introduced during his Budget Speech, and that relates to the availability of long-term mortgage instruments in the form of mortgage-backed securities. This aspect would make available, when market conditions are such that Canadians would want to avail themselves of them, mortgage instruments of a longer term than we have had in the past few years.

Mr. Chairman, that concludes my opening remarks. We are ready to answer any questions which honourable senators may have.

The Chairman: Thank you, Mr. Minister. Senator Phillips will lead off the questioning.

Senator Phillips: Thank you, Mr. Chairman.

My first question relates to the premium on the mortgage interest rate insurance. The bill envisages a rather unusual approach in that the same premium applies for one, three and five-year mortgages. While that may be easiest from an administrative point of view, it eliminates any advantage to a one-year mortgage holder and is of rather dubious advantage to the holder of three and five-year mortgages. You envisage mortgage rates of 17, 18 per cent in five to ten years time.

[Traduction]

cen acheter une deuxième, les gens doivent considérer qu'ils se trouvent dans une période de stabilité ou disposer du moins d'un certain type de programmes qui, moyennant une prime, leur assureraient une protection contre les variations brutales des taux d'intérêt. Autrement dit, une protection contre des hausses dépassant un certain niveau.

C'est un concept nouveau. Nous ne connaissons aucun pays qui ait mis en place un tel programme. C'est la Belgique qui s'en rapproche le plus. On y offre en effet, un plan de protection contre les pertes de revenu. Avec le plan belge, si un particulier a décidé d'adhérer au Programme et a versé ses primes, ses paiements hypothécaires mensuels seraient effectués s'il perdait soudainement son emploi.

Voilà pour le premier aspect du projet de loi. Le deuxième aspect de ces modifications à la Loi nationale sur l'habitation s'adresse au Programme de logement pour les ruraux et les autochtones. Grâce à ces amendements, le gouvernement fédéral pourrait appliquer unilatéralement le Programme de logement pour les ruraux et les autochtones qui s'adresse surtout aux personnes qui vivent dans les régions isolées et aux membres de notre population autochtone, surtout ceux qui vivent à l'extérieur des réserves.

Ce programme a été mis en œuvre en 1975 et était assorti de la condition que les provinces partagent 25 p. 100 des coûts. Dans certaines régions du pays, ce programme a donné de très bons résultats. Certaines provinces qui avaient accepté d'y participer, la Colombie-Britannique, le Nouveau-Brunswick et l'Île du Prince-Édouard sont depuis retirées du Programme. Le Québec n'avait pas accepté d'y participer. Cela étant dit, je dois préciser que le gouvernement du Québec a consacré quantité de ressources et prêté énormément attention au secteur de l'habitation.

Quant au troisième aspect, le ministre en a parlé dans son exposé budgétaire et il s'agit de la disponibilité de titres à long terme qui revêteraient la forme de titres hypothécaires. Ces titres seraient offerts lorsque les conditions du marché pousseraient les Canadiens à s'en porter acquéreurs, des titres hypothécaires à plus long terme que ceux que nous pouvions nous procurer par le passé.

Monsieur le président, voilà qui met fin à mes remarques préliminaires. Nous sommes prêts à répondre aux questions que les honorables sénateurs voudront bien nous poser.

Le président: Merci, monsieur le ministre. Le sénateur Phillips posera la première question.

Le sénateur Phillips: Merci, monsieur le président.

Ma première question concerne la prime qu'il faudra verser pour se prévaloir de cette assurance sur les taux hypothécaires. Ce projet de loi prévoit une formule plutôt inhabituelle étant donné que la même prime s'applique aux hypothèques d'un ou de trois ans et de cinq ans. Quoique cette formule puisse être la solution la plus facile du point de vue administratif, elle supprime tous les avantages pour les détenteurs d'une hypothèque d'un an et semble constituer un avantage plutôt incertain pour les détenteurs d'une hypothèque de trois et cinq ans. Vous prévoyez des taux hypothécaires de 17 et de 18 p. 100 sur des périodes de cinq ou dix ans.

[Text]

Why was the one premium amount selected?

Hon. Mr. LeBlanc: I shall call upon Mr. Myette to respond to that.

Mr. D. Myette, Senior Program Evaluator, Program Evaluation Division, Canada Mortgage and Housing Corporation: There are two major reasons why the premium has been structured in that way, the first of which relates to the objective of the program, which is basically to provide mortgage rate protection to those who cannot get protection in the marketplace through locking in a mortgage for a term longer than five years.

Three-year term mortgages are readily available, so the need to protect those opting for a one-year term mortgage is not as great.

The key reason for the flat rate across mortgage terms has to do with the risk exposure to the government. One cannot predict what will happen to inflation rates and interest rates five years down the road. If, however, we are in a period of rising interest rates, the mortgage borrower might be more inclined to take a one-year term mortgage and pay the premium for the interest rate protection insurance. In that situation, the government is exposed to greater risk, in the sense that more people might be able to bet successfully against the government.

I should also point out that the interest rate that the mortgage borrower protects is that which prevails at the time the policy is taken out. Because interest rates on five-year mortgages tend to be much higher than for one-year term mortgages—for example, there is a two percentage point differential between one and five-year mortgages at the moment—the level of protection for a one-year borrower is much lower. Interest rates do not have to increase very much for the one-year term mortgage borrower to benefit from the program at the date of renewal.

Senator Phillips: Mr. Chairman, the witness makes it sound like a blackjack game when he speaks of “betting successfully against the government”; I did not think we were into that. I am surprised at the statement that the risk of an increase in interest rates is greater for a one-year mortgage than for a three or five-year mortgage. Can you give us any information on the extent of interest rate increases that have occurred in any one-year period? How many times in the last 30 years have interest rates increased three percentage points in the one year?

Mr. Myette: Well, interest rates certainly increased by that much in 1979, 1980, and 1981. The fluctuation was greater than two percentage points in every one of those years. This year we have the same thing occurring. The rate on a five-year term mortgage is now up to 14½ per cent.

Senator Phillips: You are taking the extreme, whereas I am looking more for an average.

[Traduction]

Pourquoi a-t-on opté pour une prime unique?

L'honorable M. LeBlanc: Je demanderais à M. Myette de répondre à cette question.

M. D. Myette, évaluateur supérieur de programmes, Division de l'Évaluation des programmes, Société canadienne d'hypothèques et de logement: Si la prime a été structurée ainsi c'est surtout pour deux raisons. La première concerne l'objectif du Programme qui consiste pour ainsi dire à protéger contre les hausses des taux hypothécaires les Canadiens qui ne peuvent obtenir une protection sur le marché en contractant une hypothèque pour une période supérieure à cinq ans.

Comme les hypothèques de trois ans sont faciles à obtenir, la protection des personnes qui choisissent une hypothèque de un an ne semble pas aussi impérative.

Si nous avons opté pour un taux unique, sans tenir compte de la durée de l'hypothèque, c'est en raison du risque auquel s'expose le gouvernement. Personne ne peut prédire quels niveaux atteindront les taux d'inflation et les taux d'intérêt au cours des cinq prochaines années. Si, toutefois, les taux d'intérêt augmentaient, l'emprunteur hypothécaire pourrait être plus enclin à contracter une hypothèque d'un an et à verser la prime au titre de l'assurance de protection des taux hypothécaires. Le gouvernement court ainsi un risque plus grand étant donné que plus de gens pourraient être en mesure de gagner leur pari contre le gouvernement.

Je dois également souligner que le taux d'intérêt que l'emprunteur hypothécaire protège est celui qui prévaut au moment de l'achat de la police. Étant donné que les taux d'intérêt exigés pour les hypothèques de cinq ans ont tendance à être plus élevés que les taux des hypothèques de un an—par exemple, il y a 2p. 100 de différence entre une hypothèque d'un an et de cinq ans à l'heure actuelle—la protection pour le détenteur d'une hypothèque d'un an est beaucoup moins grande. Les taux d'intérêt n'ont pas à augmenter beaucoup pour que le détenteur d'une hypothèque de un an puisse retirer certains avantages en participant au programme, à la date de renouvellement de son hypothèque.

Le sénateur Phillips: Monsieur le président, le témoin nous donne l'impression qu'il s'agit d'une partie de vingt-et-un lorsqu'il dit «gagner un pari contre le gouvernement». Je ne croyais pas que nous en étions là. Je suis étonné par la déclaration selon laquelle le risque d'une hausse des taux d'intérêt est plus élevé pour une hypothèque d'un an que pour une hypothèque de trois ou cinq ans. Pouvez-vous nous donner des précisions sur la hausse des taux d'intérêt au cours de n'importe quelle période de un an? Combien de fois au cours des 30 dernières années les taux d'intérêt ont-ils augmenté de 3p. 100 en une seule année?

M. Myette: Eh bien, les taux d'intérêt ont assurément augmenté d'autant en 1979, en 1980 et en 1981. La fluctuation a été supérieure à 2p. 100 pour chacune de ces années. Cette année nous assistons au même phénomène. Le taux exigé pour une hypothèque de cinq ans est maintenant de 14½ p. 100.

Le sénateur Phillips: Il s'agit d'un extrême alors que je songe plutôt à une année moyenne.

[Text]

Mr. Myette: There have been quite a few years over the last few during which interest rates have fluctuated fairly widely within a 12-month period.

If we were to insure only five-year term mortgages, only one-fifth of that insurance portfolio would be renewing in any given year. Over that period of time, 20 per cent of the portfolio could result in claims. However, had you had only one-year term mortgages in that portfolio and rates were high in that particular year, 100 per cent of the insured borrowers would be renewing at the same time, thereby exposing the government to a very large risk situation.

Senator Phillips: You have said that 20 per cent of the mortgages are five-year term. What percentage would be one-year term and what percentage would be three-year term?

Mr. Myette: I was saying that if we were insuring only five-year term mortgages, with the insurance contracts being entered into on a fairly constant monthly basis, in any given month only one-sixtieth of that portfolio would be renewing, and over a 12-month period only one-fifth of the mortgages in the portfolio would be subject to renewal. If in a particular year rates are very high, the government would have to pay only one-fifth of the borrowers. The remaining four-fifths would be renewing in different years, with the risk exposure to the government reflecting the situation in any given year.

Senator Phillips: I will repeat my question. What percentage of the mortgages are one-year term and what percentage are three-year term?

Mr. Myette: In 1983, which is the last full year for which we have statistics, about 20 per cent of new mortgages were five-year term, with three-year term mortgages constituting 40 to 50 per cent, and the balance being one-year term mortgages.

Senator Phillips: In speaking to this bill in the chamber, I referred to the minister's announcement when he introduced these programs. At that time he had a rather difficult time explaining to the media the number of people who would be insured and the cost of the program. Would you like to try explaining that to the committee, Mr. Minister?

Mr. Leblanc: This is a voluntary program and as such it is very difficult to predict what the rate of participation will be. We have no way of knowing that. In fact, I went on the record at the conclusion of the debate on this measure in the House of Commons some days ago as saying that we would likely see a number of amendments to this program in the days ahead. It was the feeling on the part of the majority of members of the House of Commons that the principle of the program was sound and that the program should be available to those wishing to participate in it. As we get into the actual administration of the program, it may be that we will find certain aspects of it that will require improvement and refinement.

[Traduction]

M. Myette: Au cours des dernières années, il est arrivé à plusieurs reprises que les taux d'intérêt aient passablement fluctué sur une période de douze mois.

Si nous n'assurions que les hypothèques de cinq ans, un cinquième seulement de ce portefeuille d'assurance serait renouvelé au cours de n'importe quelle année donnée. Au cours de cette période, 20 p. 100 des contrats du portefeuille pourraient susciter des réclamations. Toutefois, si vous n'aviez que des hypothèques de un an dans ce portefeuille et que les taux étaient élevés au cours de cette année en particulier, tous les emprunteurs assurés renouvelleraient au même moment leur hypothèque, ce qui exposerait le gouvernement à un plus grand risque.

Le sénateur Phillips: Vous avez dit que 20 p. 100 des hypothèques ont une durée de cinq ans. Quel est le pourcentage des hypothèques d'une durée de un an ou de trois ans?

M. Myette: Je disais que si nous n'assurions que des hypothèques de cinq ans, les contrats d'assurance étant conclus sur une base mensuelle assez constante, pour n'importe quel mois donné un sixième seulement des contrats de ce portefeuille serait renouvelé et sur une période de 12 mois, un cinquième seulement des hypothèques du portefeuille seraient renouvelées. Si pour une année donnée les taux sont très élevés, le gouvernement n'aurait qu'à rembourser un cinquième des emprunteurs. Quant aux quatre autres cinquièmes, ils renouvelleraient au cours de différentes années, le risque auquel est exposé le gouvernement reflétant donc la situation pour n'importe quelle année donnée.

Le sénateur Phillips: Je répète ma question. Quel pourcentage d'hypothèques sont d'une durée de un an et quel pourcentage sont contractées pour trois ans.

M. Myette: En 1983, dernière année complète pour laquelle nous possédons des données, environ 20 p. 100 des nouvelles hypothèques avaient une durée de cinq ans. Les hypothèques de trois ans représentaient entre 40 et 50 p. 100 du marché, le reste étant des hypothèques de un an.

Le sénateur Phillips: Lorsque j'ai parlé de ce projet de loi au Sénat, j'ai fait allusion aux propos tenus par le ministre lorsqu'il a annoncé ces programmes. À l'époque, il lui a été assez difficile de dire à la presse combien de personnes contracteraient cette assurance et de préciser le coût du programme. Aimerez-vous expliquer cela au Comité, monsieur le ministre?

M. Leblanc: Comme il s'agit d'un programme de participation volontaire, il est très difficile de prévoir quel sera le taux de participation. Nous n'avons aucun moyen de le savoir. En fait, j'ai dit il y a quelques jours à la fin du débat sur cette mesure à la Chambre des communes, que nous aimerions qu'un certain nombre de modifications soient apportées à ce programme dans les jours qui viennent. La plupart des députés estimaient que le principe du programme était valable et qu'il devrait être offert à ceux qui désiraient y participer. Au fur et à mesure que nous appliquerons le programme, il se peut que nous découvriions des aspects qui exigeront des améliorations.

[Text]

I talked earlier of the trauma of the 1981-82 period. There is no doubt that those purchasing homes in 1983 did so with greater security. The take-up in relation to the \$3,000 grant under CHOSP was very strong, indicating a return of some confidence in the marketplace.

As to the cost of the program, that again would depend on the circumstances as they transpire. If the doomsday scenario comes to pass, with dramatic increases in interest rates, the fund could be in considerable deficit. If, on the other hand, we have a period of reasonable stability, the fund would be in a better position. Neither the Minister of Finance nor myself accept the doomsday scenario. Anything beyond a ten-point increase would have to trigger a specific program.

Honourable senators will recall that in the fall of 1981 my predecessor Mr. Cosgrove brought in a plan which assisted those whose payments on their mortgages exceeded 30 per cent of their income. Some 22,000 Canadians availed themselves of that assistance program. Beyond that, I am afraid I cannot put a figure on the cost of the program. We accept *a priori* that there will be periods of deficit and periods of surplus, depending upon the situation we face in terms of interest rate fluctuations.

Senator Phillips: That must make it rather difficult to prepare a federal budget.

In your remarks on third reading debate in the other place you referred to a toll-free telephone number that had been advertised as being available to those entering into a mortgage agreement to register their desire to apply for this insurance. What has been the response to date?

Mr. LeBlanc: I know it has been strong. In terms of the actual numbers, I shall ask Mr. Myette to respond.

Mr. Myette: We received several thousand telephone calls and some 1,500 requests for an actual application. We have had thousands of telephone calls where people were asking simply for a brochure. In terms of actual requests for applications, we have received approximately 1,500. Whether all of these will lead to an actual take-up of the program it is impossible to say.

Senator Marshall: Over what period of time have those calls come in?

Mr. Myette: That would have been from a date within a few days of the budget coming down.

Senator Phillips: Early in March, then?

Mr. Myette: That is right.

Senator Phillips: Mr. Chairman, I have further questions. I shall defer for now to other honourable senators. I will deal later with native and rural housing and with the matter of mortgage-backed securities.

The Chairman: Senator Marshall, please.

Senator Marshall: I have some questions on rural and native housing. Before getting to my questions, I would like to take a

[Traduction]

J'ai parlé plus tôt du traumatisme des années 81 et 82. Il n'y a aucun doute que ceux qui ont acheté des maisons en 1983 l'ont fait avec plus de sécurité. L'intérêt manifesté pour la subvention de 3 000 \$ dans le cadre du PCEAP a été très vif, ce qui peut laisser supposer un regain de confiance.

Quant au coût du programme, cela pourrait également dépendre des circonstances. Si le jour du Jugement dernier devait arriver, avec des augmentations invraisemblables des taux d'intérêt, le Fonds pourrait connaître un déficit considérable. D'autre part, nous une période relative de stabilité, placerait le Fonds dans une meilleure position. Ni le ministre des Finances ni moi-même n'acceptons le scénario du Jugement dernier. Si la hausse devait dépasser dix points de pourcentage, il faudrait mettre en œuvre un programme spécial.

Les honorables sénateurs se rappelleront qu'à l'automne de 1981 mon prédécesseur, M. Cosgrove, avait fait adopter un programme afin de venir en aide aux personnes dont les paiements hypothécaires dépassaient 30 p. 100 de leur revenu. Quelque 22 000 Canadiens ont participé à ce programme d'aide. A part cela, j'ai bien peur de ne pouvoir vous donner de chiffres précis quant au coût du programme. Nous savons que nous connaissons des déficits et des excédents selon la fluctuation des taux d'intérêt.

Le sénateur Phillips: Voilà qui doit donc compliquer la tâche lorsqu'il faut préparer un budget fédéral.

Dans vos remarques, lors du débat en troisième lecture à l'autre endroit, vous avez parlé d'un numéro de téléphone en service libre appel qui a été annoncé et que pouvaient composer ceux qui devaient contracter une hypothèque et qui auraient l'intention de contracter cette assurance. Comment la population a-t-elle répondu jusqu'à maintenant?

M. LeBlanc: Je sais que les appels ont été très nombreux. Quant aux chiffres exacts, je demanderai à M. Myette de répondre.

M. Myette: Nous avons reçu des milliers d'appels. Environ 1,500 personnes ont souscrit au programme. Des milliers de personnes nous ont simplement demandé une brochure. Quant aux demandes réelles, elles s'élèvent à environ 1,500. Il est toutefois impossible de dire si toutes ces demandes se concrétiseront.

Le sénateur Marshall: Sur combien de temps ces appels se sont-ils échelonnés?

M. Myette: Quelques jours après la date de dépôt du budget.

Le sénateur Phillips: Au début de mars, alors?

M. Myette: C'est exact.

Le sénateur Phillips: Monsieur le président, j'ai d'autres questions. Je laisse maintenant la chance à d'autres honorables sénateurs de poser les leurs aux témoins. Je parlerai plus tard des logements ruraux et autochtones ainsi que des titres hypothécaires.

Le président: Sénateur Marshall, s'il vous plaît.

Le sénateur Marshall: J'ai quelques questions à poser au sujet des logements ruraux et autochtones. J'aimerais d'abord

[Text]

moment to welcome the minister. It has been a long time since we last saw him. As I understand it, we might have the benefit of his expertise in the Senate fairly soon.

Mr. LeBlanc: The record should show "no comment" at this point, although I do thank Senator Marshall for his good sentiments. I can think of no more pleasant company than his.

Senator Marshall: One of the interests I had as an MP was the area of rural residential rehabilitation assistance. Is that covered in this under the Rural and Native Housing Program?

Mr. LeBlanc: Again I will ask one of my officials to respond to that. Certainly it comes under the general umbrella of CMHC. CHMC has a lot of taps on the wall, some of which are dripping, some pouring, and some closed.

I will ask Mr. Gulbraa to speak to the taps that we are talking about.

Mr. David Gulbraa, Director, Rural and Native Housing Division, Canada Mortgage and Housing Corporation: The Rural and Native Housing Program includes the housing component and the rehabilitation program. Bill C-37 does not relate to rehabilitation. But, yes, it is part of the program. It is part of the program that is available in rural areas and small communities.

Senator Marshall: Am I right in assuming that the maximum loan has been increased in the last two or three years from \$10,000 to \$15,000 and that the forgiveness factor has also increased?

Mr. Gulbraa: Just in the past month, yes.

Senator Marshall: I think it is one of the best programs ever produced for the people in our rural areas. Are there plenty of funds for those provinces which designate areas for application of this program?

Mr. Gulbraa: I think it is fair to say that the demand has always exceeded the supply. There is an allocation process which is in place such that some people may have to wait longer than others. We attempt to assist first those who are in the greatest need.

The urban program was not changed. The rural program was changed recently to attain forgiveness which is in line with the increased cost of living in the northern and far northern areas. The maximum loan has been increased to \$25,000. There were some additional funds provided to us to enable us to meet what we consider to be the additional cost of this forgiveness. We are hoping that the numbers will remain relatively constant, at 16,000 to 17,000 applications per year across the country.

Senator Marshall: Do I understand correctly that an individual in an urban area can now apply to CMHC for residential rehabilitation assistance?

[Traduction]

prendre quelques instants pour souhaiter la bienvenue au ministre. Cela fait déjà un bon moment qu'il n'a pas comparu devant notre Comité. Si je comprends bien, il se pourrait que nous profitions très bientôt de son expérience au Sénat.

M. LeBlanc: Le compte rendu devrait indiquer «sans commentaires» pour l'instant, bien que je remercie le sénateur Marshall de son amabilité. Aucune compagnie n'est plus agréable que la sienne.

Le sénateur Marshall: Lorsque j'étais député, je m'intéressais notamment à la remise en état des logements ruraux. S'agit-il d'un élément du Programme de logement pour les ruraux et les autochtones?

M. LeBlanc: Je demande encore à un de mes collaborateurs de répondre. Il va sans dire que cela relève de la S.C.H.L. La S.C.H.L. administre un grand nombre de programmes à des degrés divers.

Je demanderai à M. Gulbraa de répondre à la question.

M. David Gulbraa, directeur, Division du logement rural et autochtone, Société centrale d'hypothèques et de logement: Le Programme de logement pour les ruraux et les autochtones comprend le programme de logement et le programme de remise en état. Il n'est pas question de remise en état dans le projet de loi C-37 mais, cela fait partie du programme. Cela fait partie du programme offert dans les régions rurales et les petites collectivités.

Le sénateur Marshall: Le plafond de prêts est-il bien passé de 10,000 à 15,000 \$ au cours des deux dernières années et à la valeur des remises gracieuses a-t-elle bien également augmenté?

M. Gulbraa: Juste le mois dernier, oui.

Le sénateur Marshall: Je crois qu'il s'agit d'un des meilleurs programmes offerts aux résidents des régions rurales. Disposez-vous d'un financement suffisant pour toutes les régions désignées rurales par les provinces à l'égard de l'application de ce programme?

M. Gulbraa: Je crois qu'il est juste de dire que la demande a toujours été plus forte que l'offre. Il existe un processus d'allocation, ainsi certaines personnes pourraient devoir attendre plus longtemps que d'autres. Nous essayons d'offrir notre aide tout d'abord à ceux qui en ont le plus besoin.

Le programme urbain n'a pas changé. Le programme rural a été modifié récemment afin que la remise gracieuse corresponde au coût plus élevé de la vie dans le Nord et le Grand Nord. Le montant maximum des prêts est passé à 25,000 \$. Nous avons reçu des fonds supplémentaires afin de compenser ce que nous jugeons être le coût additionnel de cette remise gracieuse. Nous espérons que le nombre de demandes ne changera pas vraiment, soit entre 16,000 et 17,000 demandes par an pour tout le pays.

Le sénateur Marshall: Cela veut-il dire que le résident d'une région urbaine peut maintenant présenter une demande à la SCHL dans le cadre du Programme d'aide à la remise en état des logements?

[Text]

Mr. Gulbraa: Yes. That is not an area that I am involved in directly, but RRAP is available in designated urban areas, yes.

Senator Marshall: And is the restriction that it has to be an area of 2,500 population or less?

Mr. Gulbraa: That restriction does not apply to the urban areas, no. If they are within a designated area, they are eligible.

Senator Marshall: Speaking specifically to the situation in the Province of Newfoundland, have requests fallen off, or is the level as high as it has been in previous years? Is it reaching into all rural areas of that province?

Mr. Gulbraa: I believe so yes. All of Newfoundland is now covered in the sense that delivery takes place in most if not all communities. There was gradual expansion into the communities as delivery permitted.

Senator Marshall: Would it be possible to get the figures in relation to the RRAP program for 1983?

Mr. Gulbraa: Yes, we can make those available to you.

Senator Marshall: A few years ago the Veterans' Land Act was phased out. The Department of Veterans' Affairs introduced a veterans' housing program. I do not hear too much about that program today. As a matter of fact, I called about two months ago to get information on what was left in the program. No one in CMHC or in the Department of Veterans' Affairs could give me that information. Is that program still in existence? I would like to get whatever information is available on it.

Mr. Gulbraa: We will endeavour to get you that information, senator.

Senator Marshall: Under that program a group of veterans could build a senior citizen's home, the only stipulation being that 50 per cent of the space had to be made available to the general population. I would like to know whether that program is still in effect.

Mr. LeBlanc: I believe, Senator Marshall, you are referring to projects under Section 56(1) under which non-profit groups have put up rather attractive and comfortable buildings. This has been done by the Canadian Legion, the Kinsmen, and others. There is nothing to prevent the group of veterans from joining together as a co-op or a non-profit group and taking advantage of housing assistance under that section. One of the conditions, as you have said, is that there has to be a certain availability of space to the general public.

Senator Marshall: So, the application wouldn't necessarily have to come from a veteran's organization.

Mr. LeBlanc: It could come from a religious group, a veteran's organization, or any other association. It would have to be a non-profit organization, with its own board, which would work closely with CMHC officials. In the case of these products, the interest is written down to 2 per cent. The support for

[Traduction]

M. Gulbraa: C'est juste. Je ne m'occupe pas directement de ce secteur, mais je sais que le PAREL existe pour certaines régions urbaines.

Le sénateur Marshall: Est-il exact qu'il n'est offert que dans les centres qui comptent une population de 2,500 habitants ou moins?

M. Gulbraa: Cette restriction ne s'applique pas aux centres urbains. S'il s'agit d'une région désignée, ils sont admissibles.

Le sénateur Marshall: J'aimerais passé maintenant à Terre-Neuve; les demandes ont-elles baissé comparativement aux années précédentes dans cette région? Des demandes proviennent-elles de toutes les régions rurales de la province?

M. Gulbraa: Je crois que oui. Ce programme est maintenant offert à toute la province; ainsi, la majorité des collectivités, sinon toutes, jouissent du programme. Le programme a été graduellement élargi au fur et à mesure des possibilités.

Le sénateur Marshall: Serait-il possible de nous donner quelques statistiques sur le programme PAREL en 1983?

M. Gulbraa: Si vous le désirez.

Le sénateur Marshall: Il y a quelques années, on a progressivement mis fin à la Loi sur les terres destinées aux anciens combattants. Le ministère des Affaires des anciens combattants a mis sur pied un programme de logement pour les anciens combattants. Nous n'entendons pas beaucoup parler de ce programme aujourd'hui. De fait, il y a environ deux mois j'ai téléphoné pour obtenir des renseignements sur ce programme et son financement. Personne à la SCHL ou au ministère des Affaires des anciens combattants n'a pu me donner ces renseignements. Ce programme existe-t-il toujours? J'aimerais obtenir tous les renseignements disponibles sur ce programme.

M. Gulbraa: Nous tâcherons de vous donner ces renseignements, sénateur.

Le sénateur Marshall: Dans le cadre de ce programme, un groupe d'anciens combattants pouvait construire un foyer pour personnes âgées; il fallait simplement que 50 p. 100 de l'espace soit offert au grand public. J'aimerais savoir si ce programme existe toujours.

M. LeBlanc: Sénateur Marshall, je crois que vous parlez des projets entrepris en vertu du paragraphe 56 (1); aux termes de ces dispositions, des groupes à but non lucratif, comme la Légion canadienne, les Kinsmen, ont construit des immeubles confortables et attrayants. Rien n'empêche des anciens combattants de se joindre à d'autres particuliers et de former une coopérative ou un groupe à but non lucratif et de profiter de l'aide offerte aux termes de cette disposition. Une des conditions, comme vous l'avez signalé, est qu'une certaine partie de l'espace doit être offerte au grand public.

Le sénateur Marshall: Ainsi, la demande ne doit pas nécessairement être présentée par un groupe d'anciens combattants.

M. LeBlanc: La demande peut être présentée par un groupe religieux, un groupe d'anciens combattants ou toute autre association. Il doit s'agir d'un organisme à but non lucratif, qui possède son propre conseil d'administration, qui collabore étroitement avec les représentants de la SCHL. Dans ce cas, le

[Text]

this program is quite general and quite vocal, especially when it comes to senior citizen housing.

Senator Marshall: We do not seem to hear very much these days about what CMHC is doing. Could you give us a brief résumé of the housing situation in Canada and what you are looking to in terms of housing for people on low incomes, and so forth.

Mr. LeBlanc: That is a very wide barn door, senator. We could be here for a very long time. The housing program of the federal government is fully utilized. In fact, we could use more. It is an expensive program. We are building to high standards. We see these projects as investments for our communities.

Some provinces, including the Province of Newfoundland, are contributing generously to these projects. Another one that comes to mind is the Province of New Brunswick. Other provinces, including some of the well-to-do provinces, are putting in what I would describe as very modest amounts compared to that allocated to housing by the federal government. We would like to see these provinces play a larger role in this area. There is no doubt that social housing has a dimension which very much involves the provinces. As is the case with most social aid programs, the key questions are: How much is enough? And how long will it take to catch up with the queue of those who are waiting? It is for this reason that we have been looking at the whole social housing issue and worrying about the targeting. In other words, are we really getting this assistance to those who are in greatest need, or are we in fact building a large number of units and putting them into the hands of middle class Canadians? That is a debate that has been going on for some time now. I am sure you have received some mail from the co-operative housing organizations. That is one of the difficult subjects which is being addressed. It will be the subject of some considerable amount of controversy in the months to come.

Senator Roblin: We are all in agreement that some form of protection for homeowners with respect to interest rate increases is a good thing. I am interested at the moment in getting some further information about the finances of the plan that has been put forward and some idea as to its scope. Specifically, I would like to know what it will cost and who will benefit.

My first question has to do with the 1½ per cent premium that is charged. Senator Phillips and Senator Frith had a brisk exchange about the question of the element of subsidy in this program. We were told that, in principle, this was not a subsidy program; that it was expected that the plan would pay its own way. That then brings up the question as to what assumptions were made in order to reach the conclusion that a premium of 1½ per cent on a total of \$70,000 is the right amount.

If I am correct in my assumption that Senator Frith has grasped the matter correctly with respect to the intentions of the bill, what can you tell us about the assumptions that went

[Traduction]

taux d'intérêt est maintenu à 2 p. 100. Ce programme reçoit l'appui de la population comme c'est le cas pour tout programme qui vise la construction de logements pour personnes âgées.

Le sénateur Marshall: Nous ne semblons pas entendre beaucoup parler des activités de la SCHL. Pourriez-vous nous donner un bref aperçu de la situation à l'égard du logement et des programmes que vous offrez en ce qui a trait aux logements pour les personnes à faible revenu, etc.

M. LeBlanc: C'est une question très générale, sénateur. Nous pourrions passer la journée ici. Le programme de logement du gouvernement fédéral est pleinement utilisé. De fait, nous aimerions même plus d'argent. C'est un programme coûteux; nous construisons les logements en fonction de normes élevées. Pour nous, ces projets sont des investissements pour nos collectivités.

Certaines provinces, dont Terre-Neuve, contribuent de façon généreuse à ces projets. Il en va de même pour le Nouveau-Brunswick. D'autres provinces, y compris certaines provinces riches, contribuent pour ce que j'appellerais des montants modestes si on les compare au financement offert par le gouvernement fédéral dans ce domaine. Nous aimerions que ces provinces jouent un rôle plus important dans ce secteur. Il est évident que le logement social a une dimension qui touche toutes les provinces. Comme c'est le cas pour la majorité des programmes d'aide sociale, les principales questions sont les suivantes: Combien suffit? Et combien faudra-t-il de temps pour aider les personnes dont le nom se trouve au bas de la liste? C'est pour cette raison que nous avons étudié la question des logements sociaux et que nous nous préoccupons de l'établissement de priorités. En d'autres mots, accordons-nous notre aide à ceux qui en ont vraiment le plus besoin ou, de fait, construisons-nous simplement un grand nombre de logements pour les Canadiens de classe moyenne? C'est une question qu'on étudie depuis un bon moment. Je suis persuadé que vous avez reçu des communications des organismes de logements coopératifs. C'est une des questions difficiles qu'on étudie; elle suscitera beaucoup de controverses au cours des prochains mois.

Le sénateur Roblin: Nous reconnaissons tous qu'il est bon d'assurer aux propriétaires une certaine forme de protection contre la hausse des taux d'intérêt. J'aimerais avoir de plus amples renseignements sur le financement et la portée du programme qui a été mis sur pied. Plus précisément, j'aimerais savoir combien ce programme coûte et à qui il s'adresse.

Ma première question porte sur la prime de 1,5 p. 100. Le sénateur Phillips et le sénateur Frith ont eu une conversation animée sur l'aspect subvention de ce programme. On nous a dit qu'en principe, le programme n'était pas conçu comme programme de subventions; on s'attendait à ce que le programme rentre dans ses frais. On se demande alors sur quelle hypothèse on s'est fondé pour arriver à une prime de 1,5 p. 100 à concurrence de \$70 000 \$.

Si le sénateur Frith a bien compris la situation en ce qui a trait aux intentions du projet de loi, que pouvez-vous me dire sur les suppositions dont on s'est servi pour calculer qu'un taux de 1,5 p. 100 était idéal?

[Text]

into the calculation leading to a 1½ per cent premium on a \$70,000 total as being a good place to start?

Mr. LeBlanc: There is no doubt that there is an element of judgment call in this matter. I am one of those who would have preferred to see a slightly lower fee. I thought the arithmetic would have been that much simpler. I am a great advocate of simple barn door writing. However, when the analysis was done and projected over the type of pattern that we have seen, it was felt that a premium of 1½ per cent would be a reasonable amount.

It is not intended to be a subsidy program, although, as I pointed out earlier, if the doomsday scenario were to come to pass, the consolidated revenue fund could be called upon, in the same way that it is called upon to subsidize the unemployment insurance fund.

I shall now ask Mr. Myette to describe how he arrived at a premium of 1½ per cent of the amount of the mortgage.

Mr. Myette: In arriving at the premium of 1½ per cent, we did look at several interest rate scenarios, including some that were totally unreasonable. Had we based the premium on some of the more extreme scenarios, there would be absolutely no demand for the product. The program was designed to be self-sufficient given the "reasonable" interest rate scenario prevailing. It involves no subsidy; rather, it is risk-sharing on the part of homeowners.

Senator Roblin: You have not answered my question. You surely must have taken into account what you thought was going to happen to interest rates and how many people you thought would apply for this insurance.

Mr. Myette: We do not know what is going to happen to interest rates. It was for that very reason that we used various interest rate scenarios in our calculations, including those that we experienced in the period 1979-1983. The degree of take-up of the program would only affect the cost in a very severe interest rate volatility scenario. Under the moderate scenarios, the scheme would basically break even. The bottom line would be almost zero.

Senator Roblin: I do not wish you to take this as a rude comment, but you really haven't told me anything, nor has the minister, and my feeling is that you are not going to. I will move on to another area.

The present rate for a five-year mortgage is about 14¼ per cent. If the rate is 14¼ per cent, it would have to go to 16¼ per cent before the plan came into effect, because there is that 2 per cent threshold. If rates went to 17¼ per cent, that would expose 1 per cent to the application of this plan, of which the government pays 75 per cent. On a \$70,000 mortgage, after the 2 per cent threshold has been passed, we have 1 per cent, of which the government pays 75 per cent. In terms of dollars, you are looking at a hike of \$151 in terms of interest liability on the part of the mortgagor, of which the government would pay \$38. For a one-year mortgage, that would amount to \$476 on an annual basis that the government would pay, as against a bill of \$1,812. The same ratio would give different figures in

[Traduction]

M. LeBlanc: Évidemment, c'est une question de jugement. Nous aurions aimé qu'on établisse un taux légèrement inférieur. Je crois que les choses auraient été beaucoup plus simples. J'aime beaucoup qu'on établisse des modalités simples. Toutefois, après avoir étudié la question et fait des projections, nous avons conclu qu'une prime de 1,5 p. 100 serait raisonnable.

Ce programme n'est pas un programme de subventions bien que, comme je le signalais un peu plus tôt, si les choses allaient vraiment mal, on pourrait se servir du Fonds du revenu consolidé tout comme on s'en sert pour financer le Fonds d'assurance-chômage.

Je demanderai maintenant à M. Myette de décrire comment il est arrivé à une prime de 1,5 p. 100 du montant de l'hypothèque.

M. Myette: Nous y sommes arrivés après avoir étudié divers scénarios de taux d'intérêt, y compris certains qui étaient complètement déraisonnables. Si nous avions fondé le taux sur les scénarios les plus extrêmes, il n'existerait absolument aucune demande pour le produit. Le programme a été conçu pour être économiquement indépendant en fonction d'un scénario raisonnable sur les taux d'intérêt en cours. Il n'y a aucune subvention; il s'agit plutôt d'un partage des risques pour les propriétaires.

Le sénateur Roblin: Vous n'avez pas répondu à ma question. Vous avez certainement tenu compte de ce que vous pensiez qu'il se produirait au chapitre des taux d'intérêt et du nombre de personnes qui demanderaient ce type d'assurance.

M. Myette: Nous ne savons pas ce qui arrivera aux taux d'intérêt. C'est pour cette raison que nous nous sommes servis de divers scénarios de taux d'intérêt dans nos calculs, y compris ceux que nous avons connus entre 1979 et 1983. Le nombre de participants au programme n'influerait sur le coût que si nous nous servions d'un scénario caractérisé par des taux d'intérêt très instables. Dans le cas d'hypothèses raisonnables, le coût net du programme devrait être voisin de zéro.

Le sénateur Roblin: Je ne veux pas paraître impoli, mais vous ne m'avez rien dit, ni le ministre, et j'ai l'impression que vous n'avez pas l'intention de m'apprendre quoi que ce soit. Je passe à une autre question.

Le taux actuel pour une hypothèque de cinq ans est d'environ 14,25 p. 100. Si c'est le taux, il faut qu'il passe à 16,25 p. 100 pour que le régime entre en jeu, parce qu'il existe une franchise de 2 p. 100. Si le taux passait à 17,25 p. 100, le programme viserait un taux de 1 p. 100, et le gouvernement paierait 75 p. 100 de ce montant. Pour une hypothèque de 70,000 \$, après avoir franchi le seuil de 2 p. 100, et passé le 1 p. 100 supplémentaire, le gouvernement paie évidemment 75 p. 100. En dollars, cela représente une hausse de 151 \$ de l'intérêt pour le débiteur hypothécaire; le gouvernement paierait 38 \$. Pour une hypothèque de un an, le gouvernement paierait 476 \$ sur un montant de 1 812 \$. Le même taux donnerait des résultats différents pour d'autres années. Si j'ai bien compris le

[Text]

the other years. If I have read the bill correctly, the participant in this plan pays a premium of 1½ per cent on the face value of the mortgage, regardless of the term. Is that correct?

Mr. Myette: Yes.

Senator Roblin: If the mortgagor had a mortgage for a term shorter than five years, he is not going to get much out of paying \$180 a year or every second and third year for insurance when the return is so poor.

Why is the premium not related to the term of the mortgage? It seems to me you have made it clear to anyone with a mortgage for a term shorter than five years that this is not for them, and there are a great many who fall into that category.

Mr. Myette: It is difficult for any borrower to tell whether or not the program would be of benefit to him. It really depends upon what happens to interest rates. If interest rates were to increase sharply, the mortgagor, whether he has a one-year mortgage or a five-year term mortgage, would benefit substantially.

Dealing with the matter of the premium being flat regardless of the term of the mortgage, I have already mentioned that on one-year term mortgages the risk exposure to the government is larger. If we were insuring only one-year term mortgages, everyone would be renewing at the same time, and in the event of mortgage interest rate increases, the government would face a massive bill in order to discharge the claims. We are collecting the premium up-front, and the government is not throwing that money into the river. Over a one-year period, there is an implied interest earning that the government receives on the premium. Over a five-year period, the interest earning on the premium is substantially higher.

From the date of renewal, borrowers have the choice of the mortgage term. If a mortgagor were renewing at a time when interest rates were at 21 or 22 per cent, as was the case in 1981, that mortgagor would have an incentive to try to select the term that seemed to him to be the most appropriate. Looking back at 1981, the majority of those renewing renewed for a one-year term. If interest rates decline subsequent to renewal, then the liability of the plan is reduced.

In the case of a one-year term mortgage, the mortgagor would automatically renew for one year, and the government would be liable for the whole period. In the case of a five-year term mortgage, the liability is not necessarily five times what it would be for a one-year term. Some people may renew short, in which event, if interest rates go down, the claims against the plan will be reduced accordingly.

Senator Roblin: If I were trying to sell this, I would have some trouble. If an individual has a one-year term mortgage, he has to pay \$1,070 for your insurance. If at the end of that term mortgage interest rates have gone up three points—which even under the most unfavourable scenarios is not likely at the present time—that individual would receive \$476 in return for his \$1,070 premium. If he had a three-year term mortgage, he would get \$1,428 for his \$1,070 premium, and so on. If he took

[Traduction]

projet de loi, celui qui participe à ce régime paie une prime égale à 1,5 p. 100 de la valeur nominale de l'hypothèque à assurer, peu importe les modalités. Est-ce exact?

M. Myette: C'est juste.

Le sénateur Roblin: Si le débiteur hypothécaire a une hypothèque de moins de cinq ans, il ne sera pas vraiment avantagé s'il paie 180 \$ par année ou chaque deux ou trois ans pour cette assurance lorsque les avantages sont aussi limités.

Pourquoi la prime n'est-elle pas établie en fonction de la durée de l'hypothèque? Il me semble qu'il est évident à ceux qui ont une hypothèque de moins de cinq ans que ce programme ne leur est pas destiné, et beaucoup tombent dans cette catégorie.

M. Myette: Il est difficile pour un emprunteur de décider si le programme serait à son avantage. Cela dépendra des taux d'intérêt. S'ils devaient monter de façon considérable, le débiteur hypothécaire, que son hypothèque porte sur un an ou cinq ans, tirera des avantages considérables.

Pour ce qui est d'avoir établi une prime fixe quelle que soit la durée de l'hypothèque, j'ai déjà précisé que lorsque vous avez une hypothèque d'un an, les dangers pour le gouvernement sont plus importants. Si nous n'accordions une assurance que pour les hypothèques d'un an, tout le monde les renouvelerait au même moment; s'il y avait alors une augmentation des taux d'intérêt hypothécaires, le gouvernement aurait à déboursier des montants énormes. Nous caissons la prime immédiatement et; le gouvernement ne jette pas d'argent par les fenêtres. Sur une période d'un an, nous obtenons des intérêts sur cette prime. Lorsqu'il s'agit d'une hypothèque de cinq ans, les rentrées sont considérablement plus élevées.

Au moment du renouvellement, les emprunteurs peuvent choisir la durée de l'hypothèque. Si un débiteur hypothécaire renouvelait à un moment où les taux d'intérêt sont de 21 ou 22 p. 100, comme c'était le cas en 1981, il choisirait probablement une hypothèque d'une durée plus appropriée. Si on se rappelle 1981, la majorité de ceux qui renouvelaient leur hypothèque le faisait pour un an. Si les taux d'intérêt baissent après le renouvellement, les sommes exigibles du régime sont réduites d'autant.

Pour ce qui est des hypothèques d'un an, le débiteur hypothécaire renouvelerait automatiquement pour un an, et le gouvernement serait responsable pendant cette période. Pour ce qui est d'une hypothèque de cinq ans, le passif n'est pas nécessairement cinq fois plus élevé qu'il ne l'est dans le cas d'une hypothèque d'un an. Certaines personnes peuvent choisir une hypothèque plus courte et, dans ce cas-là, si les taux d'intérêt baissent, les paiements baisseront de façon correspondante.

Le sénateur Roblin: J'aurais de la difficulté à convaincre quelqu'un de ces avantages. Celui qui possède une hypothèque d'un an, doit payer 1 070 \$ pour votre assurance. Si, à la fin de cette période les taux d'intérêt hypothécaires ont augmenté de trois points—ce qui même dans les pires scénarios n'est pas probable pour l'instant—ce particulier recevrait 476 \$ en retour pour sa prime de 1 070 \$. S'il avait une hypothèque de trois ans, il obtiendrait 1 428 \$ pour sa prime de 1 070 \$ et

[Text]

that money and invested it in a 13 or 14 per cent term deposit, he would be better off. He would probably be better off if he took that money and applied it against the principal of the mortgage.

I would have a hard time selling this to the public as being significant. I do not want to look any gift horses in the mouth. There may be some people for whom this is a good scheme, but I think the number would be rather limited. Even taking a five-year term mortgage, which presents a more advantageous position when one compares the return to the premium, what happens? What happens is that the individual's initial rate of interest will not be 14¼ to 15¼, or 16 per cent, because people are going to charge a higher rate of interest for a longer term. My figures may not be precise, but the principle that one pays a higher rate for a longer term is well established in the present mortgage market.

So, going to a five-year term mortgage raises the floor. Rates would have to increase quite substantially to surpass that increase in the floor that the five-year term mortgage borrower has subjected himself to. I do not want to damn this with faint praise, but I think there are some very real problems in making this plan attractive to those taking out mortgages.

Dealing with the mortgage-backed securities, I understand from the publicity surrounding this program that there was extensive consultation with the financial industry about this, and I would like to hear more about that. I am particularly interested in knowing what the spreads are going to be. If you have a bunch of mortgages written at 14½ per cent, you are not going to give a rate of 14½ per cent to someone buying a mortgage security package; it would be something less. There is a number of costs that will have to be put into this. I am thinking of fees, insurance, and other costs. Given all of that, how attractive is this going to be? If one can get 13 or 14 per cent on a deposit receipt of some kind, how attractive will this scheme be to the investor? I think it is a good idea to develop a better pool of capital for the support of mortgages, and I would like to know what the pros have told you as to how this thing might work and how attractive it might be to investors.

Mr. Myette: Given a positive yield curve, the interest rate on a ten-year term mortgage made available through the mortgage-backed security program would tend to be slightly higher than the rate that would be available for a five-year term mortgage. A number of experts have estimated the spread between the two to be 1 per cent.

Senator Roblin: You are saying that a mortgage that paid 14½ per cent could be retailed for 13½ per cent under this scheme? Is that what you are saying? That would be the yield to the buyer of these mortgage-backed securities?

Mr. Myette: If the rate is 15½ per cent for a five-year term, it would be 15 to 15¼ for a ten-year term.

With regard to the yield accruing to the investor—

Senator Roblin: That is what I have in mind. How attractive is this scheme going to be to investors? As an investor I might

[Traduction]

ainsi de suite. S'il prenait cet argent et faisait dans un dépôt à échéance fixe rapportant un taux de 13 ou 14 p. 100, il serait plus avantageux. Il serait probablement préférable qu'il prenne cet argent et s'en serve pour rembourser le principal de l'hypothèque.

J'aurais beaucoup de difficulté à convaincre le public de l'avantage de ce programme. Je sais qu'à cheval donné on ne regarde pas la bride; il y a peut-être des gens pour qui ce programme est avantageux, mais je crois qu'ils ne sont pas tellement nombreux. Même si on a une hypothèque de cinq ans, ce qui représente une position plus avantageuse si l'on étudie la prime et le montant payé par le gouvernement, que se produit-il? Le taux d'intérêt initial du particulier ne sera pas 14¼ 15¼ p. 100 ou même 16 p. 100, parce que les gens demanderont un taux d'intérêt élevé pour une plus longue période. Mes chiffres ne sont peut-être pas exacts, mais le principe selon lequel on paie un taux d'intérêt plus élevé pour une plus longue période est bien établi dans le marché hypothécaire actuel.

Ainsi, les taux montent si l'on prend une hypothèque de cinq ans. Les taux devront augmenter de façon considérable pour dépasser l'augmentation que connaîtra l'emprunteur qui a une hypothèque de cinq ans. Je ne m'oppose pas au programme; je crois qu'il existe des problèmes réels quand on cherche à le rendre attrayant au débiteur hypothécaire.

Pour ce qui est des titres hypothécaires, d'après la publicité qu'on a fait de ce programme, on aurait consulté le monde des finances à cet égard; j'aimerais en connaître plus long à ce sujet. J'aimerais plus particulièrement savoir quelles seront les modalités. Si vous avez un grand nombre d'hypothèques prévues à 14½ p. 100, vous n'accorderez pas un taux de 14½ p. 100 à quelqu'un qui achète un titre hypothécaire; il faudrait avoir un taux moindre. Il y a toute une série de coûts qui entreront en ligne de compte. Je pense aux droits, à l'assurance, et aux autres frais. Compte tenu de tous ces facteurs, dans quelle mesure ce programme sera-t-il attrayant? Si on peut obtenir 13 ou 14 p. 100 pour un dépôt quelconque, dans quelle mesure ce nouveau programme saura-t-il intéresser l'investisseur? Je crois qu'il est bon de rassembler de plus forts capitaux pour appuyer les hypothèques, et j'aimerais savoir ce que les professionnels vous ont dit quant à la façon dont ce programme pourrait fonctionner et intéresser les investisseurs.

M. Myette: Si on avait une courbe de rendement positive, les taux d'intérêt pour une hypothèque de dix ans obtenue dans le cadre d'un programme de titres hypothécaires seraient légèrement plus élevés que le taux offert pour une hypothèque de cinq ans. Un certain nombre d'experts ont évalué cet écart à 1 p. 100.

Le sénateur Roblin: Vous dites qu'une hypothèque à 14½ p. 100 pourrait être ramenée à 13½ p. 100 avec ce programme? C'est bien ce que vous dites? C'est ce que l'acheteur retirerait de ces titres hypothécaires?

M. Myette: Si le taux est fixé à 15½ p. 100 pour cinq ans, il varierait entre 15 et 15¼ pendant dix ans.

En ce qui concerne le rendement des investisseurs...

Le sénateur Roblin: C'est ce que j'avais en tête. Dans quelle mesure ce programme peut-il intéresser les investisseurs? En

[Text]

have an RRSP plan into which I can put these interest documents and incur no tax, or I can buy a 13¾ per cent yield Government of Canada bond. What premium will this scheme give me as an investor vis-à-vis the interest rate I could get through the purchase of a Government of Canada savings bond?

Mr. Myette: The investor would get the contractual rate minus the servicing fees, which would be up to one-half of a percentage point, or 50 basis points. Also, you would have to subtract the charge levied by the government in respect of the guarantee of timely payment.

Senator Roblin: What is the net? You have to pay the government insurance fee; you have to pay a commission to the fellow who sells it; you have to pay the handling charges. What does that all come to? What is the net?

Mr. Myette: The U.S. experience would indicate that that would be approximately 100 basis points, at the most.

Senator Roblin: Thank you.

Senator Bielish: I had some questions on rural and native housing. Specifically, to whom is that program available?

Mr. LeBlanc: In the case of our native population, we are looking mainly at those who live off the reserve, and there is an increasing number who fall into that category. Insofar as rural housing is concerned, the program is aimed at those who live in very isolated places, although some of the provinces have put some rural units in places that are less isolated. That is a very broad statement. Let me ask Mr. Gulbraa to elaborate on that.

Mr. Gulbraa: The targeted group are those in the low income category. There are elements of the program aimed at senior citizens and the handicapped. If people are eligible for other programs, they are not eligible for the Rural and Native Housing Program. On the rehabilitation side, there is a forgiveness which is total at an income of \$13,000 and which is phased out at an income of \$23,000.

Senator Bielish: The rest of my questions have been covered by others, Mr. Chairman.

Senator Bosa: Mr. Minister, you have made reference to this as a mortgage insurance scheme, and the same terminology as is used for general insurance policies is used. Perhaps you can confirm for me whether I understand the mathematics of the scheme correctly. Taking a mortgage interest rate at 14 per cent, anyone who enrolls in the plan would have to add 1½ per cent, which is the premium, giving a total cost of 16½ per cent. Assuming then that interest rates skyrocket to the maximum that the bill provides, 10 per cent, the interest rate on renewal would be 25½ per cent. As I understand it, the individual who has enrolled in this plan will actually pay 17½ per cent of the cost of the mortgage. Am I correct in that understanding? I did not want to express it in dollars and

[Traduction]

tant qu'investisseur, je pourrais avoir un REER dans lequel je placerais mon argent sans payer d'impôts, ou je pourrais acheter une obligation d'épargne du gouvernement à 13¾. Quel avantage ce programme m'offrirait-il en tant qu'investisseur vis-à-vis du taux d'intérêt que je pourrais obtenir en achetant des obligations d'épargne du gouvernement?

M. Myette: L'investisseur peut obtenir le taux contractuel moins les frais de service, qui atteignent 0,5 p. 100 ou 50 points d'assiette. Il faut également soustraire les frais prélevés par le gouvernement en garantie des paiements.

Le sénateur Roblin: Quel est le prix net? Vous devez verser une prime d'assurance au gouvernement; vous devez payer une commission au vendeur; vous devez payer des frais d'administration? Qu'est-ce que cela donne comme résultat? Quel est le prix net?

M. Myette: Si l'on se fie à l'expérience américaine le prix net est égal tout au plus à 100 points d'assiette.

Le sénateur Roblin: Merci.

Le sénateur Bielish: J'avais certaines questions à poser sur les logements ruraux autochtones. De façon plus précise, à qui ce programme est-il offert?

M. LeBlanc: Dans le cas des autochtones, ce programme s'applique essentiellement à ceux qui vivent hors des réserves; on trouve un nombre sans cesse croissant d'autochtones dans cette catégorie. En ce qui concerne les logements ruraux, le programme s'applique essentiellement à ceux qui vivent dans les régions très éloignées, bien que certaines provinces aient construit des unités dans des endroits moins isolés. Cette réponse est plutôt vague. Nous pourrions peut-être demander à M. Gulbraa de nous donner plus de détails là-dessus.

M. Gulbraa: Ce sont les économiquement faibles qui sont visés par ce programme; certains aspects de celui-ci visent les personnes âgées et les handicapés. Si les gens sont admissibles à d'autres programmes, ils ne peuvent bénéficier du Programme de logement pour les ruraux et les autochtones. Pour ce qui est du Programme de remise en état des logements, on offre une remise intégrale aux gens qui ont un revenu de 13,000 dollars, cette remise, dans le cas des personnes qui touchent jusqu'à 23,000 dollars, est versée en fonction du revenu.

Le sénateur Bielish: Mes autres questions ont déjà été posées, monsieur le président.

Le sénateur Bosa: Monsieur le ministre, vous avez qualifié ce régime de programme d'assurance hypothécaire et vous avez utilisé la même terminologie que celle des polices d'assurance générales. Vous pourriez peut-être me dire si j'ai bien compris. Si on prend un taux hypothécaire de 14 p. 100, qui-conque adhère au programme serait obligé de verser 1½ p. 100 de plus en guise de prime, ce qui fait un total de 16½ p. 100. Si les taux d'intérêt augmentent au maximum prévu par le projet de loi, soit 10 p. 100, le taux d'intérêt, lors du renouvellement de l'hypothèque, serait fixé à 25½ p. 100. D'après ce que je crois comprendre, la personne qui a souscrit à ce programme paiera effectivement 17½ p. 100 du coût de l'hypothèque. Est-ce bien cela? Je ne peux pas m'exprimer en termes de dollars

[Text]

cents, as Senator Roblin did, because it is much more difficult to follow. Did you follow it the way I put it to you?

Mr. Myette: If he takes out a mortgage at 14 per cent he has a 2 per cent deductible. After renewal, he would be covered from 16 per cent.

Senator Bosa: So the rate is 14 per cent. The premium is 1.5 per cent, which is a direct cost to the mortgagor—1.5 per cent per year.

Mr. Myette: Not per year. This is an up-front rate.

Senator Bosa: I understand then there is a deductible.

Mr. Myette: Over the interest rate at which he took his mortgage.

Senator Bosa: Is there a retrospective provision in the bill, whereby at the end of the fifth year, or at the end of a given period, if you find out that you end up with more cash than you anticipated, you would repay some of those premiums to the people who enrolled in the plan?

Mr. Myette: You mean if the government would administer this like paying a dividend because the experience has been so successful?

Senator Bosa: Yes.

Mr. Myette: This is not something that is within the design of the program.

Senator Bosa: Are the administration charges charged to the fund or does the government provide financing for that?

Mr. Myette: There is no fund. The premiums go to the consolidated revenue fund and the expenses will come out of that fund.

Senator Bosa: You said earlier that the premiums are going to be invested.

Mr. Myette: What I meant is that the premiums will go to the consolidated revenue fund and to that extent they go to the Government of Canada which can do whatever it wants to do with those premiums. The government still has that money. In one case the government has the money for a one-year term and can do something else with that money for that period of time or, in another case for five years. Implicitly, the government has access to these funds.

Senator Bosa: But you must have a separate pocket where you keep an accounting of the funds you collect in premiums and that pocket will be credited with some interest regardless of what the government does with that money. That particular fund will be credited with some interest, will it not?

Mr. Myette: It is part of the consolidated revenue. There is no special fund created for this purpose like the Unemployment Insurance Fund which is a very specific one.

Senator Bosa: How would you know how much the claims will amount to? How are you going to measure the amount of claims against revenue?

Mr. Myette: There will be an accounting.

Mr. LeBlanc: Perhaps I should add that there was some suggestion that we should go to the fund versus the con-

[Traduction]

et de cents, comme l'a fait le sénateur Roblin, parce que c'est trop compliqué. Avez-vous compris mon raisonnement?

M. Myette: S'il obtient une hypothèque à 14 p. 100, il bénéficie d'une franchise de 2 p. 100. L'hypothèque, une fois renouvelée, serait de 16 p. 100.

Le sénateur Bosa: Donc le taux d'intérêt est de 14 p. 100. La prime est fixée à 1,5 p. 100, ce qui constitue une dépense directe pour le débiteur hypothécaire 1,5 p. 100 par an.

M. Myette: Pas par année. Il s'agit d'un taux de départ.

Le sénateur Bosa: Il y a également une franchise.

M. Myette: Qui s'ajoute au taux d'intérêt applicable à l'hypothèque.

Le sénateur Bosa: Y a-t-il une disposition rétroactive dans le projet de loi qui stipule qu'à la fin de la cinquième année, ou de toute période donnée, si vous vous retrouvez avec plus d'argent que prévu, vous pouvez rembourser une partie des primes versées par ceux qui ont souscrit au programme?

M. Myette: Vous voulez dire si le gouvernement gèrerait le programme en offrant un dividende parce que l'expérience s'est avérée un succès?

Le sénateur Bosa: Oui.

M. Myette: Cela n'est pas prévu dans le programme.

Le sénateur Bosa: Les frais d'administration sont-ils imputés au fonds ou est-ce le gouvernement qui fournit l'argent nécessaire pour cela?

M. Myette: Il n'y a pas de fonds. Les primes sont versées au fonds du revenu consolidé et les dépenses sont imputées à ce fonds.

Le sénateur Bosa: Vous avez dit plus tôt que les primes seront investies.

M. Myette: Je voulais dire que les primes seront versées au fonds du revenu consolidé, soit au gouvernement, qui est libre d'en faire ce qu'il veut. Le gouvernement a toujours cet argent. Il peut le garder pendant un an et en disposer à sa guise ou encore le garder pendant cinq ans. Implicitement, le gouvernement a accès à ces fonds.

Le sénateur Bosa: Mais vous devez avoir un compte district où vous comptabilisez les fonds recueillis sous forme de primes et où s'accumulent les intérêts en dépit de ce que le gouvernement fait avec cet argent. Ce fonds particulier accumulera des intérêts, n'est-ce pas?

M. Myette: Il fait partie du fonds du revenu consolidé. Il n'existe pas de fonds spécial à cet égard, comme la Caisse d'assurance-chômage qui est un fonds bien particulier.

Le sénateur Bosa: Comment ferez-vous pour calculer les réclamations? Allez-vous calculer le montant des réclamations en fonction des revenus?

M. Myette: Elles seront comptabilisées.

M. LeBlanc: Je devrais peut-être ajouter que l'on nous a déjà proposé de créer une caisse au lieu d'utiliser le fonds du

[Text]

solidated revenue approach. The Minister of Finance, after examination and discussion with us, decided that there would not be a pool on money which would be permanently identified and kept in balance. He would take the risk, and also take the risk of perhaps being ahead. Obviously, there is a separate accounting.

The Chairman: We have Bill C-40 to deal with, and we would like to start with that one at 5 o'clock, but perhaps we could hear one additional question from Senator Phillips.

Senator Phillips: The mortgage-backed security was raised by Senator Roblin, but I do not believe he raised the question that I did, the study that was to be carried out by the Department of Finance. I should explain to the witness that the study is the one referred to in the budget, where the Minister of Finance said a study would be undertaken to determine the effect of this on the availability of credit for other purposes.

Mr. LeBlanc: This was discussed in the consultations with representatives of the industry and financial institutions. It was agreed that there should be some further work done in co-operation with corporations and the Department of Finance. I am sorry, senator, I do not know what our status is on that at the moment.

Senator Phillips: Do I understand that you will be completing a study after the fact?

Mr. LeBlanc: No, but it was felt that we should go with permissive legislation and then see how we can, over a period of time, in consultation with the industry, improve or bring about some changes.

Senator Phillips: I raise the question of gender in clause 7(2)(b) where the male gender only is used. Senator Frith said this morning that the Interpretation Act would apply, but I was under the impression that normally at the end of a bill it is stated that the Interpretation Act will apply. Is that correct?

Mr. LeBlanc: Senator, you are dealing with a man who is very ignorant in legal affairs. I will have to consult my legal adviser on that question.

Senator Phillips: Mr. Chairman, could we consult the legal clerk of the Senate to see if the Interpretation Act applies because normally it would state that at the end of the bill.

Mr. LeBlanc: Could we address a letter to Senator Phillips, Mr. Chairman?

The Chairman: You have my permission to write to Senator Phillips and give him the details.

Senator Phillips: Mr. Chairman, I do not want to receive a letter. I would like to have that information before third reading.

The Chairman: Honourable senators, would you like to go through the bill clause by clause or would someone like to move that it be reported without amendment?

Senator Côtteau: I so move.

[Traduction]

revenu consolidé. Le ministre des Finances, après avoir examiné la question et discuté de cette affaire avec nous, a décidé qu'aucun fonds distinct ne sera créé en permanence et comptabilisé. Il a décidé de prendre un risque et peut-être même le risque de se retrouver avec une balance positive. Il est évident qu'une comptabilité sera tenue.

Le président: Nous devons également nous pencher sur le projet de loi C-40 et nous aimerions entreprendre cette étude à 17 heures. Mais le sénateur Phillips a peut-être le temps de poser une autre question.

Le sénateur Phillips: Le sénateur Roblin a soulevé la question des titres hypothécaires mais sa question ne correspondait pas à la mienne, qui portait sur l'étude effectuée par le ministère des Finances. Je devrais peut-être expliquer aux témoins qu'il s'agit de l'étude dont il a été question dans le budget, lorsque le ministre des Finances a annoncé qu'une étude serait entreprise pour étudier les effets de ce programme sur les crédits disponibles à d'autres fins.

M. LeBlanc: Nous avons discuté de cette question lors de nos rencontres avec des représentants de l'industrie et des institutions financières. Nous avons convenu qu'il faudra étudier cette question davantage de concert avec les sociétés et le ministère des Finances. Je ne peux vous dire, sénateur, quelle est notre position à cet égard à l'heure actuelle.

Le sénateur Phillips: Dois-je comprendre que vous effectuerez une étude après coup?

M. LeBlanc: Non, mais nous avons décidé de poursuivre avec cette mesure provisoire et de voir comment, en consultation avec l'industrie, nous pourrions l'améliorer ou la modifier.

Le sénateur Phillips: Je voudrais vous parler de l'alinéa 7(2)d), où seul le masculin est utilisé. Le sénateur Frith a dit ce matin que la Loi d'interprétation s'appliquerait mais j'avais l'impression que c'est ce qui était habituellement stipulé à la fin d'un projet de loi. Est-ce exact?

M. LeBlanc: Sénateur, je ne connais rien du domaine juridique. Il faudrait que je consulte mon conseiller juridique sur ce point.

Le sénateur Phillips: Monsieur le président, nous pourrions consulter un légiste du Sénat pour voir si les dispositions de la Loi d'interprétation s'appliquent parce que c'est ce qui est habituellement stipulé à la fin d'un projet de loi.

M. LeBlanc: Pourrions-nous adresser une lettre au sénateur Phillips, monsieur le président?

Le président: Je vous autorise à écrire au sénateur Phillips et à lui donner les détails nécessaires.

Le sénateur Phillips: Monsieur le président, je ne veux pas recevoir de lettre. Je voudrais obtenir ces renseignements avant que le projet de loi ne franchisse l'étape de la troisième lecture.

Le président: Honorables sénateurs, voulez-vous étudier le projet de loi article par article ou voulez-vous que quelqu'un propose que l'on fasse rapport du projet de loi sans modification aucune?

Le sénateur Côtteau: J'en fais la proposition.

[Text]

The Chairman: Is it agreed?

Hon. Senators: Agreed.

The Chairman: On behalf of the committee, I should like to thank you, Mr. LeBlanc, for your presentation and also to thank the officials who accompanied you.

Ottawa, Tuesday, June 26, 1984

[Text]

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology, to which was referred Bill C-40, to amend the Old Age Security Act, met this day at 5 p.m. to give consideration to the bill.

Senator M. Lorne Bonnell (*Chairman*) in the Chair.

The Chairman: Honourable senators, I understand that the minister is ill, but will be here, if possible, and that the deputy minister is also ill. We have with us today Mr. Allen, Director General, Policy Liaison and Development, who is well-informed on this legislation, and I am sure that he can answer any questions honourable senators may wish to ask. We also have with us Mr. Pierre Fortier, Deputy Director General, Policy Liaison and Development. If neither of these gentlemen can answer your questions, there are other people in the background who probably can.

Mr. Allen, do you have any comments to make before we start?

Mr. Robert Allen, Director General, Policy Liaison and Development, Health and Welfare Canada: I have none, no.

The Chairman: Senator Marshall, do you have some questions?

Senator Marshall: My first question concerns the spouse's allowance. Who is included in this group? Does it include the wife of an old age pensioner, for example, who qualified by the fact he was 65 years of age, he dies, and, therefore, she is entitled to continue with old age security until age 65? Does she still qualify for the GIS?

Mr. Allen: Yes, she does. If she qualifies for the spouse's allowance program, that is continued until such time as the widow would reach age 65. The spouse's allowance program is made up of an old age security component and a guaranteed income supplement component. This \$50 increase to the guaranteed income supplement single rate would be passed on to her. She would be eligible for an increase in her GIS component.

Senator Marshall: I would refer to some 25,000 persons whose incomes were previously just slightly too high to qualify. Does that mean they would be getting \$50 too much?

Mr. Allen: No, that means they were just above the cut-off point. In other words, they earned just enough that they would not get any GIS at all. When you lift that rate by \$50 through

[Traduction]

Le président: Êtes-vous d'accord?

Des voix: D'accord.

Le président: Au nom des membres du Comité, je voudrais vous remercier, monsieur LeBlanc, pour votre exposé, ainsi que les représentants qui vous ont accompagné.

Ottawa, le mardi 26 juin 1984

[Traduction]

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, auquel a été renvoyé le projet de loi C-40 modifiant la *Loi sur la sécurité de la vieillesse*, se réunit aujourd'hui à 17 heures pour examiner le projet de loi.

Le sénateur M. Lorne Bonnell (*président*) occupe le fauteuil.

Le président: Honorables sénateurs, j'apprends que la Ministre est malade mais qu'elle fera néanmoins son possible pour comparaître devant nous, et que le sous-ministre est lui aussi malade. Nous avons aujourd'hui parmi nous M. Allen, directeur général, politiques, liaison et développement, qui connaît bien la mesure législative proposée et qui, j'en suis sûr, pourra répondre à toutes les questions que les sénateurs voudront bien lui poser. Nous accueillons également M. Pierre Fortier, directeur général adjoint du même service. Si ni l'un ni l'autre n'est en mesure de répondre à vos questions, d'autres personnes ici présentes le seront probablement.

Monsieur Allen, avez-vous des commentaires à faire avant que nous commençons?

M. Robert Allen, directeur général, politiques, liaison et développement, santé et bien-être social Canada: Non, je n'en ai aucun.

Le président: Sénateur Marshall, avez-vous des questions à poser?

Le sénateur Marshall: Ma première question porte sur l'indemnité du conjoint. Qui est visé ici? La veuve d'un retraité, qui a eu droit à une pension de vieillesse, parce qu'il avait 65 ans, peut-elle retirer la pension jusqu'à ce qu'elle atteigne l'âge de 65 ans? Est-elle toujours admissible au SRG?

M. Allen: Oui. Si elle est admissible à l'allocation au conjoint, et ce, jusqu'à ce qu'elle atteigne l'âge de 65 ans. L'allocation au conjoint se compose à la fois de prestations de Sécurité de la vieillesse et de Supplément de revenu garanti. L'augmentation de \$50 des prestations de SRG versées à un célibataire lui serait accordée. Elle serait admissible à une augmentation de ses prestations de Supplément de revenu garanti.

Le sénateur Marshall: Je pense aux quelque 25,000 personnes dont les revenus étaient juste un peu trop élevés pour qu'elles soient admissibles. Cela signifie-t-il qu'elles recevraient \$50 de trop?

M. Allen: Non, cela signifie tout simplement qu'elles étaient juste au-dessus de la limite. En d'autres mots, elles ont gagné juste assez pour ne pas être admissible au Supplément de

[Text]

the two increases coming up, that would now include the guaranteed income supplement benefit, up to \$50 a month.

Senator Marshall: I would like you to clarify the retroactivity aspect. Do I take it that, if people, for example, are not aware that they are qualified at age 65 to receive old age pension six months prior, they can apply five years hence and retroactive payments can be made?

Mr. Allen: Yes.

Senator Marshall: Are there many people in that category?

Mr. Allen: There are a number of people who, for one reason or another—illness, for example, is a common reason—come to us late. The current retroactive provisions allow us to back it up one year. If they have been out of the country or ill and passed their sixty-fifth birthday, the provisions of this bill will allow us to back it up for five years.

Senator Marshall: I should like to discuss the situation where the recipient loses a benefit as a result of erroneous advice. How can you prove that someone within the department gave erroneous advice, telling a pensioner that he was not entitled to a benefit?

Mr. Allen: We would want that substantiated. More and more OAS applicants have a choice. For example, applicants may have been in Canada for only three years because they are from Italy, where we have a reciprocal agreement. They are entitled to apply at age 65, but might be advised to wait for another seven years in order to receive a bigger benefit. In an instance like that it would not be good advice to advise them to wait another seven years. We would want to have that kind of advice documented. The procedures that we are setting up will not allow them simply to come and say that they were given bad advice and that they should receive more money. We will want some documentation, such as a letter from the department giving the advice and outlining the choices that can be made. If the advice is erroneous, we would like to be able to reverse it.

Senator Bosa: Does this situation not also apply to a lawyer who does not give proper advice to the heirs of an estate? If an estate is wound up and the lawyer has not advised the beneficiaries that they can apply for benefits coming out of the Old Age Security Act after three months of the date of death, can the heirs not make a claim later on?

Mr. Allen: Again, if that is based on some erroneous advice and it could be established, we would be prepared to reverse the decision.

Senator Bosa: So it is not just erroneous advice received from departmental officials; it also involves erroneous advice given to the beneficiaries of estates by professional people.

[Traduction]

revenu garanti. Les deux augmentations, dont celle accordée au titre du Supplément du revenu garanti, pourraient atteindre 50 \$ par mois.

Le sénateur Marshall: J'aimerais que vous nous clarifiiez la question de la rétroactivité. Est-ce vrai que si certaines personnes ne savent pas qu'elles sont admissibles à des pensions de vieillesse six mois avant d'avoir atteint l'âge de 65 ans, elles peuvent en faire la demande cinq ans plus tard et recevoir des paiements à effet rétroactif?

M. Allen: C'est exact.

Le sénateur Marshall: Y a-t-il beaucoup de gens dans cette catégorie?

M. Allen: Il est un certain nombre de gens qui, pour une raison ou une autre—la maladie en est une cause commune—ne présentent leur demande que plus tard. Les dispositions actuelles sur la rétroactivité nous permettent de verser des paiements à effet rétroactif sur un an. Si les intéressés étaient à l'extérieur du pays ou malades au moment d'atteindre l'âge de 65 ans les dispositions de ce projet de loi nous permettraient de leur verser des paiements à effet rétroactif et ce, jusqu'à concurrence de cinq ans.

Le sénateur Marshall: J'aimerais discuter du cas où les bénéficiaires perdent des prestations parce qu'ils ont reçu de mauvais conseils. Comment pouvez-vous prouver qu'un employé du Ministère a mal renseigné un retraité en lui disant qu'ils n'avaient pas droit à certaines prestations?

M. Allen: Il lui faudrait fournir des preuves. Aujourd'hui, de plus en plus de gens qui demandent à obtenir des prestations de SV se voient offrir un choix. Par exemple, les requérants ne vivent peut-être au Canada que depuis trois ans, venant de l'Italie, pays avec lequel nous avons une entente réciproque. Ils ont le droit de faire leur demande dès l'âge de 65 ans, mais il est possible qu'on leur conseille d'attendre sept autres années afin d'obtenir une meilleure pension. Dans un cas pareil, ce ne serait pas un conseil judicieux. Nous veillerions à ce que ces conseils soient étayés. Les mécanismes que nous sommes sur le point d'établir ne leur permettront pas d'affirmer tout simplement qu'ils ont été mal conseillés et qu'ils ont droit à des montants plus élevés. Nous exigerons certaines preuves, telle une lettre de conseils émanant du Ministère et exposant les divers choix possibles. Si les conseils sont erronés, nous serions en mesure de redresser la situation.

Le sénateur Bosa: Cela s'appliquerait-il également à un avocat qui aurait mal conseillé les héritiers d'une succession? Si l'avocat n'a pas informé les bénéficiaires qu'ils pouvaient demander des prestations en vertu de la Loi sur la sécurité de la vieillesse trois mois après la date du décès, les héritiers ne peuvent-ils présenter une demande ultérieurement?

M. Allen: Ici encore, si l'on peut prouver qu'ils ont été mal conseillé nous serions disposés à corriger la situation.

Le sénateur Bosa: Il ne s'agit donc pas uniquement de renseignements erronés reçus de fonctionnaires du Ministère, mais de renseignements que des professionnels donnent à des héritiers.

[Text]

Mr. Allen: Under old age security, I am sure you are aware that there is no survivor's benefit. Beneficiaries may be advised by their legal counsel that they cannot or should not apply for continuance of spouse's allowance or continuance of the GIS and, in that case, we would be prepared to back it up if they came back to us and showed us that they had received erroneous advice. Each beneficiary would receive the benefit in his or her own right.

In effect, if the administration provides an individual with erroneous advice, this bill allows us to back it up. What happens now is that once a benefit is put into pay, it is in pay and that is it; that is the benefit that will continue. If that benefit is put into pay on erroneous advice of the department, we cannot, at this point, change it, and we would like to be able to do that.

Senator Marshall: Have you ever come across a circumstance where someone was being paid too much but had been told by the department that he was entitled to it? Does the department then come back and claim the money?

Mr. Allen: I am not aware of any cases like that. Where the choice comes in is whether or not one opts for a partial old age security benefit or a full benefit. They can also decide to wait in order to earn more residence credits and then apply for full old age security benefits.

Senator Marshall: I know that situation has happened in connection with the war veterans allowances.

My last question relates to a person who may have been receiving social assistance. There may come a time when that person has no money because her cheque is late. The social assistance department may then give her extra money until she receives her old age security cheque. What do you do in a situation like that?

Mr. Allen: Under this bill, what we want to do is reimburse the province in a simple and plain manner. We have to go through a lot of machinations at the moment to get that money back to the province. This occurs primarily in a situation where the person turns 65 and applies for the benefit late. The benefit is not received right away and, while they are waiting for it, the province will check with us and make an advance to the pensioner. With the passage of this bill, we will be able to reimburse the province directly.

Senator Marshall: Why is this \$50 being given in two instalments?

Senator Phillips: Perhaps it is because there is going to be an election in August.

Mr. Allen: My understanding is that this is when the money will be available and this was the recommendation that was given to us.

Senator Marshall: By whom?

Mr. Allen: I understand the Minister of Finance said that this is when the money will be available and that this is how it should work.

[Traduction]

M. Allen: Vous savez sûrement qu'il n'existe aucune prestation de survivant en vertu du régime de sécurité de la vieillesse. Il est possible que les avocats de bénéficiaires leur conseillent de ne pas demander le paiement continu des allocations de conjoint ou de Supplément de revenu garanti, auquel cas nous serions prêts à redresser la situation s'ils nous prouvaient avoir reçu des renseignements erronés. Chacun des bénéficiaires recevrait les prestations auxquelles il a droit.

De fait, si un particulier recevait un conseil erroné, le projet de loi nous permettrait de prendre les dispositions qui s'imposent. Tandis qu'à l'heure actuelle, une fois une prestation accordée, le montant qui est versé est le montant qui continuera d'être versé. Aujourd'hui, si la prestation est accordée à partir de conseils erronés du Ministère, il nous est impossible de changer quoi que ce soit, et c'est là la situation que nous cherchons à corriger.

Le sénateur Marshall: Connaissez-vous des cas où le Ministère aurait déclaré que des montants trop élevés étaient justes? Le Ministère réclame-t-il les montants payés en trop?

M. Allen: Je ne connais aucun cas du genre. Le choix réside entre les pensions partielles et les pensions complètes de sécurité de la vieillesse. Les intéressés peuvent également décider d'attendre d'avoir accumulé plus de crédits de résidence et demander ensuite les prestations complètes de sécurité de la vieillesse.

Le sénateur Marshall: Je sais que cela s'est produit dans le cas des anciens combattants.

Ma dernière question porte sur une personne qui recevrait des allocations de bien-être social. Il est possible qu'à un moment cette personne ait été sans argent parce que son chèque a tardé à arriver. Le ministère provincial des affaires sociales peut alors lui verser une avance jusqu'à ce qu'elle reçoive son chèque de prestations de sécurité de la vieillesse. Que faites-vous dans une situation pareille?

M. Allen: Nous voudrions que ce projet de loi nous permette de rembourser la province simplement et sans détour. Pour l'instant, il nous faut nous soumettre à un processus compliqué pour ce faire. Cela se produit principalement lorsqu'une personne tarde, après avoir atteint l'âge de 65 ans, à demander ses prestations; elle ne reçoit pas son paiement sur-le-champ et, pendant qu'elle attend le chèque, la province nous consulte et verse une avance au retraité. Le projet de loi nous permettrait de rembourser la province directement.

Le sénateur Marshall: Pourquoi le montant de 50 \$ est-il accordé en deux versements?

Le sénateur Phillips: Peut-être est-ce parce qu'on prévoit des élections au mois d'août.

M. Allen: Si j'ai bien compris, cela se passerait ainsi lorsque les sommes sont disponibles; c'est la recommandation qui nous a été faite.

Le sénateur Marshall: Par qui?

M. Allen: Il me semble que c'est le ministre des Finances qui a dit que l'on devrait procéder ainsi lorsque les fonds sont disponibles.

[Text]

Senator Phillips: I have one question on retroactivity. Let us assume that someone like the chairman of a committee, who is rather busy, forgets to apply for old age security and does so three years later. How does that affect his income tax? How does the payment of three year's retroactive receipt of these payments affect his income tax? Is it all added on in one year or is it averaged over the three-year period?

Mr. Allen: Old age security is taxable but the guaranteed income supplement is not. If it were received by the pensioner in one year, I would assume that an election to average could be taken, but I am not an expert on national revenue taxation.

Senator Haidasz: Mr. Chairman, I am on the board of directors of a senior citizens' home. Many of the people living there are subsidized and, of course, fall under the regulations of the provincial government. Some of them have expressed the fear that the \$25 a month increase, which will later on become \$50, will be taken away from them by the management of the home, which must follow some sort of provincial regulation as to how much monthly income it receives.

Mr. Allen: The minister has asked her provincial colleagues to pass on the increase in the guaranteed income supplement.

Senator Haidasz: In other words, the provinces can confiscate this extra income?

Mr. Allen: No, when I say "pass it on", I mean that the payment will be passed on to the pensioner. The minister has asked her provincial colleagues to ensure that pensioners get this amount of money.

Senator Haidasz: What reply did the minister receive?

Mr. Allen: I am not privy to all of the replies she has received. However, in a news release that the minister issued on June 13 of this year regarding the pass-on issue she stated that her main concern was to ensure that GIS pensioners in institutions directly receive the full value of the federal increase. As was mentioned, institutions charged most of the OAS and GIS received by their residents to cover room and board. However, they do allow pensioners to retain a portion of the monthly benefit, which is known as a "comforts allowance", to be spent on personal needs. The minister has said that, if institutions in the provinces were to raise their charges for room and board rather than increasing the comforts allowance, then the increased federal expenditures would be going into provincial coffers instead of adding to the comfort of those pensioners most in need. This is what she has asked her provincial colleagues not to do.

Senator Haidasz: Why could there not be some sort of provision to that effect, as there is in the Canada Health Act, to penalize those provinces which might go against the wish of the minister?

[Traduction]

Le sénateur Phillips: Je voudrais poser une question sur la rétroactivité. Supposons que quelqu'un, le président d'un comité par exemple, qui est plutôt occupé, ne demande ses prestations de sécurité de la vieillesse que trois ans après y avoir droit. De quel façon l'impôt sur son revenu serait-il touché? Comment ce montant à effet rétroactif sur trois ans peut-il modifier l'impôt sur son revenu? Le montant est-il ajusté à son revenu d'une seule année ou bien est-il réparti sur la période de trois ans?

M. Allen: Les prestations de sécurité de la vieillesse soit imposables mais celles de supplément de revenu garanti ne le sont pas. Si un retraité recevait ce montant en une seule année, je serais porté à croire qu'il pourrait demander une pondération du taux d'imposition, mais je ne suis pas un expert des questions fiscales.

Le sénateur Haidasz: Monsieur le président, je siège au conseil d'administration d'un foyer de personnes âgées. Nombre des résidents y touchent des subventions et, bien entendu, sont assujettis aux règlements provinciaux. Certains craignent que l'augmentation mensuelle de 25 \$ qui, plus tard, s'élèvera à 50 \$, ne leur soit retirée par les directeurs du foyer qui doivent se soumettre à certains règlements provinciaux limitant le revenu mensuel du foyer.

M. Allen: La Ministre a demandé à ses homologues provinciaux d'injecter l'augmentation au supplément de revenu garanti.

Le sénateur Haidasz: Autrement dit, les provinces pourraient confisquer ce revenu additionnel?

M. Allen: Non; lorsque je dis «injecter», j'entends que le paiement sera versé aux retraités; la Ministre a demandé à ses homologues provinciaux de veiller à ce que les retraités obtiennent cette somme.

Le sénateur Haidasz: Que lui a-t-on répondu?

M. Allen: Je ne suis pas au courant de toutes les réponses qu'on lui a faites. Toutefois, dans un communiqué publié le 13 juin sur la question, la Ministre a déclaré que sa principale préoccupation était de veiller à ce que les bénéficiaires du Supplément de revenu garanti vivant dans des foyers obtiennent directement le montant total de l'augmentation fédérale. Comme nous l'avons mentionné, ces établissements affectent la majeure partie des prestations de SV et de SRG que reçoivent leurs pensionnaires à la pension même. Toutefois, ils permettent aux pensionnaires de garder une partie de leurs prestations mensuelles, laquelle est considérée comme une allocation de menues dépenses ou comme de l'argent de poche. La Ministre a également déclaré que si les établissements provinciaux devaient augmenter leurs tarifs plutôt que les allocations de menues dépenses, de leurs pensionnaires les montants de l'augmentation fédérale seraient versés dans les coffres des provinces plutôt qu'aux retraités, qui en ont le plus besoin. C'est ce qu'elle a demandé à ses homologues provinciaux de ne pas faire.

Le sénateur Haidasz: Pourquoi ne pourrait-il pas y avoir une disposition à cet effet, comme dans la Loi canadienne sur la santé, qui permettrait de pénaliser les provinces qui vont contre le gré de la Ministre?

[Text]

The Chairman: We have with us Mr. MacLellan. Perhaps he could answer that question.

Mr. Russell MacLellan, M.P., Parliamentary Secretary to the Minister of Health and Welfare Canada: If I might interject, senator, the minister has requested that the provinces pass the increase along to the pensioners. As you have mentioned, however, the one area of most concern is expressed by those who are staying in guest homes under provincial jurisdiction. The minister has stated that she wanted the comforts allowance increased. If it is not going to be increased by the total amount, then she is insisting that at least a portion of the increase be given to the people in the home as a comforts allowance and that the balance be used to improve the living conditions at the residential premises for the people who are living there.

The difficulty, of course, is this: What do you do if the provinces do not comply? It really falls within provincial jurisdiction. The minister feels, however, in view of past experience when the increase was passed along, that the provinces will comply with this; but we have no assurance that they will. For the provinces to pass along at least a portion of the increase constitutes a just and equitable position.

The Chairman: Perhaps I could put a question to you, Mr. MacLellan. In the senior citizens' housing which comes under the CMHC, the rent paid is 25 per cent of the resident's income. When the pensioners receive this \$25 per month increase in income, will their rent increase by 25 per cent of that \$25? Will the CMHC—the federal government—increase the rent?

Mr. MacLellan: No, not necessarily. The major concern on the part of the senior citizens who are living in individual housing units—that is, private sector housing units—is that the landlord knows that these increases have been given to people on old age security and GIS. If there are rent controls, then the rents will be increased by this amount. That is the real concern. There are more people over the age of 65 living in poverty in the large centres than there are in the rural areas, by reason of the cost of living in these urban centres.

The Chairman: I understand that the CMHC subsidizes rents at the rate of about 75 per cent, while the provinces subsidize them at the rate of 25 per cent. The residents in those senior citizens' houses pay 25 per cent of their income as rent. If their income goes up, their rent will go up. As a result, the federal government will be paying less subsidy because there will now be more money coming in. It will actually be saving money.

Mr. MacLellan: I can say that, unequivocally, it will not go up. This is the view of the present minister responsible for the CMHC. I cannot speak for the new administration that will be in place after this Saturday, but at present, unequivocally, there will be no increase.

[Traduction]

Le président: Peut-être M. MacLellan, pourrait-il répondre à cette question.

M. Russell MacLellan, député, secrétaire parlementaire de la Santé et du Bien-être social: Si vous me le permettez, sénateur, la Ministre a demandé que les provinces versent directement l'augmentation aux retraités. Toutefois, comme vous l'avez mentionné, les plus inquiets sont les résidents de foyers relevant de la compétence des provinces. La Ministre a déclaré qu'elle voulait que l'allocation de menues dépenses soit augmentée. Si elle n'est pas accrue de la somme totale, la Ministre insiste pour qu'au moins une partie de l'augmentation soit versée aux intéressés à titre d'allocation de menues dépenses et que la différence serve à améliorer les conditions de vie dans les foyers.

Bien entendu, la difficulté consiste à savoir que faire si les provinces ne respectent pas cette directive. Parce que, voyez-vous, cette question est vraiment du ressort des provinces. Toutefois, la Ministre savait toutefois que les provinces se conformeront à sa demande, comme elles l'ont fait pour les dernières augmentations. Mais rien ne nous garantit qu'elles le feront. Il est juste et équitable que les provinces injectent au moins une partie de l'augmentation.

Le président: Permettez-moi de vous poser une question, monsieur MacLellan. Pour ce qui est du logement des personnes âgées, qui relève de la SCHL, le loyer payé représente 25 p. 100 du revenu du résident. Lorsque les retraités recevront cette augmentation mensuelle de 25 \$, leur loyer augmentera-t-il aussi de 25 p. 100 de ces 25 \$? La SCHL, le gouvernement fédéral si vous préférez, augmentera-t-il leur loyer?

M. MacLellan: Non, pas forcément. Les personnes âgées qui vivent dans des logements individuels, c'est-à-dire des logements du secteur privé, s'inquiètent surtout du fait que leur propriétaire saura que des augmentations ont été accordées aux prestataires de la sécurité de la vieillesse et du supplément de revenu garanti. Advenant des mécanismes de contrôle de loyers, les loyers seront alors haussés du montant équivalent. Ce n'est pas vraiment un problème. Le nombre des personnes âgées de plus de 65 ans vivant dans la pauvreté est plus élevé dans les grands centres urbains que dans les centres ruraux, vu le coût de la vie dans ces centres urbains.

Le président: Si je comprends bien, la SCHL subventionne des loyers au taux approximatif de 75 p. 100, alors que les provinces les subventionnent au taux de 25 p. 100. Les résidents de ces foyers pour personnes âgées payent 25 p. 100 de leur revenu en loyer. Si leur revenu augmentait, leur loyer augmenterait aussi. Par conséquent, le gouvernement fédéral versera moins de subventions parce que les prestations auront augmenté. En fait, il économisera de l'argent.

M. MacLellan: Je puis dire, sans crainte de me tromper, que leur revenu n'augmentera pas. C'est l'avis du ministre actuellement responsable de la SCHL. Je ne peux parler au nom du gouvernement qui sera constitué après ce samedi mais, pour l'instant en tous cas, il n'y aura aucune augmentation.

[Text]

Senator Phillips: As a follow-up to your question, Mr. Chairman, it is my understanding that it is a legal requirement that 25 per cent of the rent be collected.

The Chairman: I do not understand that.

Senator Phillips: Is that correct?

The Chairman: I believe that it is something specified by provincial and federal government regulation.

Senator Phillips: If it is specified by regulation, I take it that the regulation has been amended?

Mr. MacLellan: Senator, the difficulty is that this does not come into effect until July 1. There will be a change in the cabinet—a change of ministers, presumably—on June 30. It is difficult to say what will happen until we find out who will be the minister responsible for the CMHC. I reiterate that under the present administration the intention is to allow this money to go to the people living in the CMHC-subsidized housing. When we find out who the minister is, we will have to make representations.

Senator Phillips: In other words, you are leaving the dirty work for him.

Mr. MacLellan: I do not think there is any dirty work involved, senator. I think it is an easy decision to make. I think that the increase should be passed along to the people; that is my own opinion. I do not see a difficulty. Certainly, if they feel they have to recoup a portion of it, then I think that should be done according to the terms of reference the minister has stated with respect to provincial senior citizen housing; in other words, a certain amount should be left with the residents and, if the rent has to be increased, it should be justified by an increased standard in the housing or maintenance program that will allow for a particular level of housing or perhaps the addition of an all-purpose room for a particular building. There should, in any case, be a benefit attributed to the people.

Senator Roblin: I think that the minister, whoever he may be on July 1, might find himself in an invidious position, because, if it is decided not to act upon this 25 per cent rent threshold, he will immediately have to withdraw the request to the provinces in order to be on all fours. While I know that my honourable friend is not dealing with those matters now, I hope he will bear them in mind in case there is a change in the ministerial position.

Mr. MacLellan: I think you are quite correct in saying that, senator. There must be unified thinking as between the provinces on the one hand and the federal government on the other, because the provinces do contribute 20 per cent of the cost of these housing units and the municipalities the other 10 per cent, so there has to be an agreement. I think that can be done; but, as you say, it is hard to know exactly what the case will be. I would hope, as you do, that the people get the benefit of the increase.

The Chairman: As I understand it, Mr. MacLellan, under CMHC the money is loaned by the federal government at a low interest rate. Seventy-five per cent of the carrying charges, the operating losses, are paid for by the federal government

[Traduction]

Le sénateur Phillips: Pour faire suite à votre question, monsieur le président, il me semble qu'une disposition statutaire exige la perception de 25 p. 100 du loyer.

Le président: C'est une chose que je ne comprends pas.

Le sénateur Phillips: Est-ce exact?

Le président: Je crois qu'il en est fait état dans des règlements provinciaux et fédéraux.

Le sénateur Phillips: S'il s'agit d'un règlement, je suppose qu'il a été modifié?

M. MacLellan: Sénateur, la difficulté réside dans le fait que l'augmentation n'entrera pas en vigueur avant le 1^{er} juillet. On assistera d'ici-là à un remaniement du Cabinet, à de nouvelles affectations qui devraient être annoncées le 30 juin. Il est très difficile de dire ce qui se passera avant de savoir qui sera le ministre responsable de la SCHL. Je répète que l'administration actuelle a l'intention d'accorder ces fonds aux résidents des logements subventionnés par la SCHL. Quand nous saurons qui sera le nouveau ministre, il nous faudra alors exercer des pressions.

Le sénateur Phillips: En d'autres mots, vous lui laissez le sale boulot.

M. MacLellan: Je ne crois pas qu'il s'agisse d'un sale boulot, sénateur. Je crois que la décision est facile à prendre. Je pense que l'augmentation devrait être accordée aux retraités. Je ne vois pas où est la difficulté. Certes, si l'on croit devoir en retrancher une portion, j'estime qu'on devrait le faire conformément au mandat qu'a énoncé la Ministre en ce qui concerne les foyers provinciaux de personnes âgées; autrement dit, une certaine somme devrait être versée aux résidents et, advenant une augmentation du loyer, elle devrait être justifiée par l'amélioration des logements ou de l'entretien, ce qui aura pour effet d'accroître la qualité de la vie, ou peut-être encore l'aménagement d'une salle commune dans un bâtiment donné. Quoi qu'il en soit, les bénéficiaires devraient en retirer quelque chose.

Le sénateur Roblin: Je crois que le Ministre qui sera en poste le 1^{er} juillet pourrait se trouver devant une tâche ingrate, du fait que, si l'on décide de ne pas donner suite à cette mesure fixant une limite de 25 p. 100, il va devoir retirer aussitôt la demande présentée aux provinces s'il veut retomber sur ses pieds. Même si je sais que mon collègue ne veut pas traiter de ces questions maintenant, j'espère qu'il saura en tenir compte s'il y a un changement de ministre.

M. MacLellan: Je crois que vous avez tout à fait raison de dire cela, sénateur. Le gouvernement fédéral et les provinces doivent pouvoir s'entendre, puisque celles-ci contribuent 20 p. 100 du coût de ces logements, alors que les municipalités versent les autres 10 p. 100. Je crois que les parties pourront s'entendre, mais, comme vous dites, il est difficile de savoir exactement ce qui va se produire. Comme vous, j'espère que l'augmentation profitera aux bénéficiaires.

Le président: Si je comprends bien, monsieur MacLellan, le gouvernement fédéral prête l'argent par l'entremise de la SCHL à un taux d'intérêt peu élevé. Celui-ci assume 75 p. 100 des frais d'administration, soit les charges d'exploitation, tan-

[Text]

and 25 per cent by the province. But the province administers the plan and constructs the home. Perhaps it would be difficult for the federal government to say "No, the rent will not go up", when the province actually administers the policy.

Mr. MacLellan: The main problem is with the community housing groups, the community development corporations, that actually build these housing units for CMHC, the province and, to a lesser degree, the municipality. Those groups have to be able to meet their expenses. Thus, the main problem lies in the fact that you have these development corporations that are specialists in providing this type of housing in a municipality. You do not want to see them go broke, because there is a fine line at best in providing these housing units. They are non-profit, but from what they recoup in rentals they have to be able to maintain the buildings. You do not want the building to become a blight on the city, either for those who are living in them, or for the municipalities in which the buildings are located. That is the other aspect. However, the expenses for people living in those buildings are also important. They have to buy food, and so on. As the minister has stated, hopefully some of the little things that many of us take for granted—such as a movie, and perhaps going out to dinner now and then—will now be available to them. Perhaps it is something that they have not been able to do, and perhaps the increase will enable them to do something like that. But you cannot do that if all of it goes towards the housing.

The Chairman: I have one further question. Regarding the \$25 per month increase commencing July 1, is the base number going to be raised so that everyone will get the \$25?

Mr. MacLellan: Singles.

The Chairman: The singles will get the \$25, but anyone who, for example, was getting \$10 per month under the GIS will now get \$35?

Mr. MacLellan: That is correct.

The Chairman: So everyone gets the benefit of the \$25—all of the singles. In other words, the base has been raised. Even some who at present are not entitled to the GIS will now be entitled to the \$25. They are on the border line.

Mr. MacLellan: That is correct.

The Chairman: In other words, the base has been raised.

Mr. Allen: We have raised the GIS single rate.

Senator Marshall: What is the status of negotiation with the U.K. on income security and reciprocal agreements?

Mr. MacLellan: They are not going as well as we would like. The minister has stated that she has written to the Secretary of State for External Affairs to put it in a diplomatic envelope and do it through the External Affairs channel. Perhaps in that way it can be worked out in some kind of package. That

[Traduction]

dis que la province règle les autres 25 p. 100. C'est toutefois le gouvernement provincial qui est responsable de l'administration du programme et de la construction des logements. Cela étant, il serait peut-être difficile pour le gouvernement fédéral de dire: «Non, le loyer ne va pas augmenter».

M. MacLellan: Le problème concerne surtout, d'une part les groupes de logement communautaire, c'est-à-dire les sociétés de développement communautaire qui construisent ces unités de logement pour la SCHL, et d'autre part la province ainsi que, à un degré moindre, la municipalité. Ces groupes doivent pouvoir régler leurs comptes. Ainsi, le problème tient surtout à ces sociétés de développement, qui se spécialisent dans la construction de ce type de logement pour une municipalité. Étant donné leur situation précaire, il faut prendre soin de ne pas les acculer à la faillite. Il s'agit de sociétés à but non lucratif, mais l'argent qu'elles retirent des loyers doit leur permettre d'assurer l'entretien des bâtiments. Il faut par ailleurs empêcher que les bâtiments ne se détériorent, dans l'intérêt tant de ceux qui y vivent que des municipalités dans lesquelles ils sont situés. Il faut aussi tenir compte des dépenses que doivent engager les locataires pour se nourrir et pour répondre à leurs autres besoins. Comme l'a dit le Ministre, peut-être ces gens pourront-ils maintenant s'offrir certains de ces petits luxes qu'un grand nombre d'entre nous tenons pour acquis—comme d'aller voir un film ou de dîner au restaurant de temps en temps. S'ils en ont été privés jusqu'à maintenant, peut-être l'augmentation leur permettra-t-elle de s'offrir ces choses. Mais ils ne peuvent y compter s'ils doivent garder tous leurs sous pour payer le loyer.

Le président: Je voudrais poser une autre question en ce qui concerne l'augmentation de 25 \$ par mois prévue pour le 1^{er} juillet. Va-t-on relever le chiffre de base pour que tout le monde ait droit à ces 25 \$?

M. MacLellan: Les célibataires.

Le président: D'accord, les célibataires vont recevoir les 25 \$, mais ceux qui recevaient 10 \$ par mois en vertu du SRG vont-ils maintenant toucher 35 \$?

M. MacLellan: C'est juste.

Le président: Ainsi tout le monde—tous les célibataires—bénéficieront de cette augmentation de 25 \$. Autrement dit, le seuil a été relevé. Même ceux qui, à l'heure actuelle, n'ont pas droit au SRG pourraient dorénavant recevoir ces 25 \$. Ce sont les cas limites.

M. MacLellan: En effet.

Le président: Autrement dit, le seuil a été relevé.

M. Allen: Nous avons majoré le taux du SRG pour les célibataires.

Le sénateur Marshall: Où en sont les négociations visant à conclure avec le Royaume-Uni des ententes réciproques relativement à la sécurité du revenu?

M. MacLellan: Elles ne progressent pas comme nous voudrions. La Ministre a fait savoir qu'elle avait écrit au secrétaire d'État aux Affaires extérieures pour lui proposer de faire passer ce dossier par la voie diplomatique. Peut-être de cette façon pourrions-nous en arriver à une entente quelconque. C'est

[Text]

has been her approach on the matter. She herself is very concerned about it, because she has been successful in reaching agreement with other nations. Six agreements have been signed, and the country which has the most impact on such a program is the United Kingdom. But we have not yet been able to reach an agreement. We hope that can be done very shortly, but it requires two sides to reach the accord.

Senator Marshall: It has been going on now for some time. You say it is hoped that it will be done shortly. Is there hope?

Mr. MacLellan: With this present policy of trying to initiate an accord through the Secretary of State for External Affairs, and at the External Affairs level of both countries, it may perhaps give it a higher profile, and perhaps it can be developed in that way. This has happened within the last couple of weeks.

Senator Bosa: What will be the financial effect on Canada of an agreement between Canada and England, and on English citizens now living in Canada?

Mr. MacLellan: I have not been privy to the actual terms of the agreement. Perhaps I should ask Mr. Allen, who is more familiar with the actual contents of a possible agreement.

Mr. Allen: The United Kingdom estimates that a reciprocal social security agreement with Canada would cost them in the neighbourhood of £25 million.

Senator Bosa: Is that similar to the agreement that has been signed between Canada and Italy, whereby Italy now sends to Canada \$65 million a year to fulfill the terms of the social security agreement, whereas Canada sends \$5 million or \$6 million per year to Italy?

Mr. Allen: We would be net beneficiaries in an agreement with the United Kingdom. There are more U.K. pensioners living in Canada than there are Canadian pensioners living in the U.K. The difference between the Canada-U.K. agreement and the one with Italy is that the U.K. now send their pension benefits here; but a United Kingdom pensioner living in Canada has his benefits frozen. Any indexation that takes place in the U.K. is not passed on to the pensioner in Canada.

Senator Bosa: With regard to an English citizen who has pension entitlements in Britain and who has resided in Canada for 10 years, would that person be entitled to the old age security in Canada as well as a pension from England?

Mr. Allen: That is correct.

Senator Bosa: So it would be to the detriment of those people if an agreement were signed?

Mr. Allen: Not at all. If an agreement were signed, they could be here one year and totalize their residence in Canada with nine years of residence in the U.K. They would get a benefit from Canada and the United Kingdom—

[Traduction]

ainsi qu'elle a décidé de procéder. Elle est très préoccupée par cette question, puisqu'elle a réussi à conclure des ententes avec six États, sans pouvoir en faire autant avec le Royaume-Uni, le pays avec lequel nos rapports sont les plus lourds de conséquences pour un tel programme. Nous espérons pouvoir en arriver sous peu à une entente, mais il y a deux parties en cause.

Le sénateur Marshall: Les négociations se poursuivent depuis un certain temps déjà. Vous dites que vous espérez pouvoir conclure une entente sous peu. Peut-on vraiment conserver espoir?

M. MacLellan: La démarche amorcée auprès du secrétaire d'État aux Affaires extérieures pour faire avancer le dossier au niveau diplomatique permettra peut-être de stimuler davantage l'intérêt à cet égard et d'obtenir des résultats concrets. C'est seulement dans les deux dernières semaines que des efforts ont été entrepris en ce sens.

Le sénateur Bosa: Quelles conséquences financières une entente entre le Canada et la Grande-Bretagne aura-t-elle pour le Canada et pour les citoyens britanniques vivant au Canada?

M. MacLellan: Je ne connais pas les conditions de l'entente comme telle. Peut-être pourrais-je demander à M. Allen de répondre à cette question, puisqu'il est davantage au courant de la teneur de l'entente qui pourrait être conclue.

M. Allen: Le Royaume-Uni estime qu'une entente réciproque avec le Canada relativement à la sécurité sociale lui coûterait environ 25 millions de livres.

Le sénateur Bosa: Peut-on dresser un parallèle avec l'entente conclue entre le Canada et l'Italie, en vertu de laquelle l'Italie doit maintenant verser 65 millions de dollars par année au Canada, alors que le Canada ne paie que de 5 à 6 millions de dollars par année à l'Italie?

M. Allen: Nous serions nettement les bénéficiaires d'une entente avec le Royaume-Uni. Il y a plus de retraités britanniques vivant au Canada que de retraités canadiens vivant en Grande-Bretagne. La différence entre l'entente que le Canada veut signer avec le Royaume-Uni et celle passée avec l'Italie vient de ce que le Royaume-Uni verse actuellement des prestations de retraite à ses ressortissants vivant au Canada, mais que celles-là sont gelées à un certain niveau. Ces derniers ne peuvent donc bénéficier d'aucune mesure d'indexation adoptée au Royaume-Uni.

Le sénateur Bosa: Le citoyen britannique qui a acquis des crédits de retraite en Grande-Bretagne et qui vit au Canada depuis dix ans aurait-il droit à une pension en vertu de la sécurité de la vieillesse au Canada de même qu'à une pension de la Grande-Bretagne?

M. Allen: Oui.

Le sénateur Bosa: Ces personnes seraient donc désavantagées si nous signions une entente?

M. Allen: Pas du tout. Si une entente était signée, ces personnes pourraient combiner une année de résidence au Canada avec neuf années de résidence au Royaume-Uni pour obtenir des prestations et du Canada et du Royaume-Uni...

[Text]

Senator Bosa: But they would get only one-fortieth.

Mr. Allen: That is correct, whereas now they would get nothing.

Senator Bosa: If they had been in Canada for 10 years, they would get the full amount.

Mr. Allen: If they had arrived here prior to July 1, 1977, they could be here as little as 10 years and get a full benefit. Anyone coming to Canada after July 1, 1977 has to earn his OAS benefit at the rate of one-fortieth per year. So they have to be here 10 years, and they would then get only one-quarter of the benefit, under the new rules.

Senator Marshall: What happens if a Canadian living abroad qualifies for the OAS?

Mr. Allen: If a Canadian has 20 years residence in Canada, we will pay his old age security benefit abroad. However, we do not pay the guaranteed income supplement abroad.

Senator Marshall: Can he apply from there if he qualifies in number of years?

Mr. Allen: Yes, if he meets certain circumstances. It gets to be a little difficult. If, for example, you reach the age of 65 abroad and are in the service of the Government of Canada, you may be able to apply from abroad. But if you have been living abroad for some time, you may have to return to Canada to apply. The rules are different even under old age security.

Senator Marshall: Is that stipulated somewhere?

Mr. Allen: It is in the regulations of the act.

Senator Marshall: I would like to have a copy.

Senator Roblin: I would like to join Senator Marshall in having a copy of that. Is there any treaty of this kind with Belgium?

Mr. Allen: An agreement has been negotiated, but it has been signed. We are waiting for ratification procedures to finish. Belgium is considered wrapped up at the present time. We have completed agreements with France, Greece, Italy, Jamaica, Portugal and the United States. They have all been ratified.

Senator Marshall: How do you classify the Channel Islands? Is that the same as the U.K.?

Mr. Allen: No. I was involved in the negotiations with the United Kingdom. You have to negotiate an agreement which states, in its opening clause, that the agreement is with the United Kingdom. Also, while Northern Ireland has its own independent social security administration act it also falls under the U.K. security system so it has to be included in the negotiations.

Senator Bielish: You said that a Canadian living in the United Kingdom had to return to apply. How much time do they have to spend here or do they merely have to come back?

[Traduction]

Le sénateur Bosa: Mais elles n'obtiendraient qu'un quarantième de la pension prévue.

M. Allen: C'est juste, alors qu'à l'heure actuelle, elles ne recevraient rien.

Le sénateur Bosa: Si elles avaient été au Canada depuis dix ans, elles recevraient le plein montant.

M. Allen: Si elles étaient arrivées au Canada avant le 1^{er} juillet 1977, elles auraient le droit de recevoir après dix ans le montant intégral. Quiconque serait venu au Canada après le 1^{er} juillet 1977 acquerrait des crédits de sécurité de la vieillesse à raison d'un quarantième par année. En vertu des nouvelles règles, elles ne recevraient au bout de dix ans que le quart de la pension prévue.

Le sénateur Marshall: Qu'en est-il du Canadien vivant à l'étranger qui a droit à la SV?

M. Allen: Le Canadien qui a habité au Canada pendant vingt ans a le droit de recevoir ses prestations de sécurité de la vieillesse à l'étranger, mais pas le supplément de revenu garanti.

Le sénateur Marshall: Peut-il présenter sa demande de l'étranger s'il justifie du nombre d'années de résidence voulues?

M. Allen: Oui, s'il satisfait à certaines conditions. La situation est assez complexe. Si, par exemple, il atteint l'âge de 65 ans alors qu'il est à l'étranger et qu'il est au service du gouvernement du Canada, il peut présenter une demande de l'étranger. Mais celui qui vit à l'étranger depuis un certain temps peut devoir revenir au pays pour présenter sa demande. Les règles varient même pour les prestations de la sécurité de la vieillesse.

Le sénateur Marshall: Cela est-il précisé quelque part?

M. Allen: Dans le Règlement qui découle de la Loi.

Le sénateur Marshall: Je voudrais en obtenir un exemplaire.

Le sénateur Roblin: Je voudrais moi aussi en avoir un exemplaire. Y a-t-il un traité de ce genre avec la Belgique?

M. Allen: L'entente a été négociée et signée, mais nous attendons que le processus de ratification soit terminé. L'entente avec la Belgique est donc considérée comme une chose réglée. Nous avons conclu des ententes avec la France, la Grèce, l'Italie, la Jamaïque, le Portugal et les États-Unis, qui ont toutes été ratifiées.

Le sénateur Marshall: Les îles Aglo-Normandes sont-elles considérées comme partie du Royaume-Uni?

M. Allen: Non. J'ai participé aux négociations avec le Royaume-Uni. Il doit être précisé dans l'article préliminaire que l'entente vise le Royaume-Uni. Par ailleurs, même si l'Irlande du Nord a sa propre loi sur l'administration de la sécurité sociale, son régime fait partie de celui du Royaume-Uni, de sorte qu'il faut l'inclure dans les négociations.

Le sénateur Bielish: Vous avez dit qu'un Canadien vivant au Royaume-Uni devait revenir au pays pour présenter sa

[Text]

Mr. Allen: They may just have to come back to Canada. The purpose behind that is to ensure that you have an attachment to Canada. If you have been living abroad, intend to stay there and really have no attachment to the country, then you may have to come home and apply for the benefit. If you are serving Canada abroad you are considered to be earning residence credits in Canada, you are considered to be in Canada and you can retire abroad.

Senator Marshall: With reference to somebody coming back to Canada to apply for benefits, it is the same under the War Veterans Allowance Act. Why is that?

Mr. Allen: To establish ties with Canada.

Senator Roblin: Suppose you go overseas with your husband and stay there for quite a while because his job is there, and he dies and eventually you come back to Canada. You have been away for 20 years and you have only been in the country for two years. What is your status?

Mr. Allen: You can come back to Canada and apply for your old age security. We would count residency as being the time you spent in Canada from age 18 onward or the residence you had while living in the other country with your spouse while he or she was in the service of Canada. Once that service ceases, however, we will not count it as residence.

Senator Roblin: So after 18 years, if you can count ten years in Canada one way or another, you are in our court?

Mr. Allen: That's right.

Senator Roblin: So you could leave at the age of 28 and return at the age of 58?

Mr. Allen: If you can find ten years, you are in the program. You can have access to the guaranteed income supplement and if you have been residing in a country that has a reciprocal social security agreement, you can use those other years to totalize for benefits. For example, you may have been in Canada only ten years, but you may be able to get, with totalization, some 20 years of actual residence and have a benefit paid abroad at a partial rate.

Senator Frith: Do you have to maintain citizenship?

Mr. Allen: Citizenship is not a criterion for old age security; only residence in Canada is.

Senator Roblin: But once you get this 10 years, if you leave at, say, 28 and come back at 58 do you get 100 per cent of the OAS?

Mr. Allen: We are in a state of transition between the old rules and the new rules. Under the old rules you require 10 years in Canada and must have been in Canada at least one year prior to applying at age 65 or, if you were out of Canada

[Traduction]

demande. Doit-il rester au pays pendant un certain temps ou suffit-il qu'il fasse acte de présence?

M. Allen: Il suffit qu'il revienne au Canada. Il s'agit de s'assurer que la personne en question maintienne des liens avec le Canada. Celui qui vit à l'étranger et qui a l'intention d'y rester, sans avoir de véritable lien avec son pays, peut devoir revenir pour présenter sa demande. Par contre, quand on sert le Canada à l'étranger, on est considéré comme résident du Canada et on peut se retirer à l'étranger.

Le sénateur Marshall: Cette condition exigeant que la personne revienne au pays pour présenter une demande de prestations figure également dans la Loi sur les allocations aux anciens combattants. Pourquoi?

M. Allen: Pour établir des liens avec le Canada.

Le sénateur Roblin: Prenons l'exemple de la femme qui, ayant suivi son mari à l'étranger, y reste pendant un certain nombre d'années en raison du travail de ce dernier et qui, une fois devenue veuve, finit par rentrer au Canada. Elle a donc été partie pendant vingt ans et elles est revenue au pays depuis deux ans. Quelle est sa situation?

M. Allen: Elle peut revenir au Canada et présenter une demande de prestations de la sécurité de la vieillesse. Ses années de résidence seraient comptées en fonction du temps qu'elle aurait passé au Canada depuis l'âge de 18 ans ou du temps qu'elle aurait passé à l'étranger avec son conjoint alors que celui-ci était au service du Canada. Toutefois, elle ne pourrait pas compter les années passées à l'étranger une fois que le service de son conjoint aurait pris fin.

Le sénateur Roblin: Ainsi, il suffit d'avoir passé dix ans au Canada après l'âge de 18 ans pour être dans notre camp?

M. Allen: En effet.

Le sénateur Roblin: On pourrait donc quitter le pays à l'âge de 28 ans et revenir à 58 ans?

M. Allen: A condition d'avoir dix années de résidence, on est admissible au programme. On a également accès au supplément de revenu garanti, et quiconque a vécu dans un pays avec lequel le Canada a conclu une entente réciproque relativement à la sécurité sociale peut inclure le nombre d'années passées dans ce pays dans le calcul des années donnant droit à des prestations. Ainsi, celui qui n'aurait passé que dix ans au Canada pourrait, grâce à ce calcul, accumuler une vingtaine d'années de résidence effective et avoir droit à des prestations qui lui seraient versées à l'étranger, mais calculées au prorata.

Le sénateur Frith: Faut-il avoir conservé sa citoyenneté?

M. Allen: La citoyenneté n'entre pas en ligne de compte pour la sécurité de la vieillesse; la résidence au Canada est le seul critère.

Le sénateur Roblin: Si l'on a accumulé dix années de résidence et que l'on quitte le pays à 28 ans par exemple pour y revenir à 58 ans, a-t-on droit au montant intégral de la SV?

M. Allen: Nous sommes actuellement en période de transition entre les anciennes et les nouvelles règles. D'après les anciennes règles, il faut avoir vécu dix ans au Canada et y avoir habité au moins un an avant ses 65 ans; si l'on a vécu à

[Text]

for any period of time between age 55 and 65 you must have established residence in Canada at the rate of three years for every year you were absent from Canada between the ages of 55 and 65. Those are very complicated rules which were changed on July 1, 1977 at which time we said you had to earn your credits at the rate of one 1/40 for each year of residence in Canada. We also said that we would grandfather this over ten years so that any immigrant or anybody in Canada over the age of 25 at the time the new rules came in would be subject to a choice between the new rules and the old rules. Under the old rules you got a full benefit or you received nothing, which meant that individuals who may have lived in Canada up until the age of 36 and left for health reasons only to return again might not qualify for a benefit. Under the new rules you can get a partial benefit. To get your old age security benefit you need to have ten years one way or the other, either through totalization or actual residence.

Senator Roblin: That gives you 100 per cent?

Mr. Allen: No, under the new rules that gives you one 1/40 for each year. In other words, if you are here for ten years you get one quarter and for 20 years you get 50 per cent of the new benefit. Under the new rules you must be here 40 years to get a full old age security benefit after the age of 18.

The Chairman: Are there any further questions?

Senator Haidasz: Mr. Chairman, I move that Bill C-40 be reported without amendment.

Hon. Senators: Agreed.

The Committee adjourned.

[Traduction]

l'étranger, entre 55 et 65 ans, quelle que soit la durée du séjour, il faut établir sa résidence au Canada à raison de trois années pour chaque année passée à l'étranger entre 55 et 65 ans. Ce sont des règles très complexes qui ont été modifiées le 1^{er} juillet 1977, date à partir de laquelle il a été stipulé qu'on pouvait acquérir des crédits à raison d'un quarantième pour chaque année de résidence au Canada. Les nouvelles règles sont assorties d'une clause d'ancienneté d'une durée de dix ans, de sorte que tout immigrant ou toute personne au Canada qui était alors âgée de 25 ans a le choix entre les nouvelles et les anciennes règles. D'après les anciennes règles, ou bien on recevait une pension intégrale ou bien on ne recevait rien; ainsi qui, ayant vécu au Canada jusqu'à l'âge de 36 ans, revenait au pays après en être parti pour des raisons de santé pouvait ne pas avoir droit à des prestations. En vertu des nouvelles règles, il aurait droit à des prestations partielles. Pour être admissible aux prestations de la sécurité de la vieillesse, il faut justifier de dix années de résidence, ou bien effectives ou bien considérées comme telles.

Le sénateur Roblin: Cela donne droit à une pension intégrale?

M. Allen: Non, en vertu des nouvelles règles, chaque année de résidence donne un crédit égal à un quarantième de la pension. Autrement dit, après dix ans, on a droit au quart des prestations prévues, tandis qu'après vingt ans, on a droit à 50 p. 100. Il faut donc avoir été au pays pendant 40 ans pour avoir droit au plein montant de la pension de vieillesse.

Le président: Y a-t-il d'autres questions?

Le sénateur Haidasz: Monsieur le président, je propose que le projet de loi C-40 soit renvoyé sans amendement.

Des voix: D'accord.

Le Comité ajourne ses travaux.

APPENDIX "A"

SUGGESTED REMARKS ON
BILL C-37
FOR THE SENATE COMMITTEE

Honorable Senators,

Before we begin detailed consideration of this legislation I would like to say a few words about its purpose and intentions

It introduces the mortgage rate protection plan and facilitates the use of mortgage-backed securities. It also makes the benefits of the rural and native housing program universally available to qualified people throughout Canada.

I would like to speak first about the mortgage rate protection program.

In recent weeks, consultations have been held with all of the major groups who have a special interest in this plan—builders, developers, realtors, lending institutions as well as representatives of the public as consumers and house-buyers. There is now a remarkable consensus among all of these people, with their diverse interests, that it is a useful piece of legislation and ought to be proceeded without undue delay. When I say that there is widespread approval of the program and a desire to see it implemented promptly, I am not suggesting that everyone concerned agrees that it is a perfect instrument.

There are some people who have suggested that home-owners who purchase protection under the program should be shielded from every increase in interest rates during the term of their mortgage. I don't think that kind of protection is necessary or desirable and I don't think that most Canadians expect or want that kind of protection.

Canadians are accustomed to fending for themselves. It is part of our national character and tradition. But it is equally a part of our tradition that we come to the help of our neighbours whenever they are afflicted with reverses which are beyond their own ability to cope.

That is one of the principles behind this program. It offers help and protection to the home-owner if, by whatever ill chance, his mortgage rates should increase by an amount that makes it impossible for him to keep up his monthly payments and puts his home in jeopardy.

The mortgage rate protection program has been described as "a safety net" and I think that is a particularly apt expression. Like a circus performer, you hope you will never need it but you are very glad it is there.

There has been some discussion about the cost of the program to the home-owner but I believe, all things considered, it is reasonable. Taking into account the fact that the fee charged can provide protection for as long as ten years, it

APPENDICE «A»

REMARQUES PROPOSÉES SUR LE
PROJET DE LOI C-37
POUR L'ÉTUDE PAR LE COMITÉ
DU SÉNAT

Messieurs les sénateurs,

Avant d'entreprendre l'étude détaillée du présent projet de loi, j'aimerais vous en indiquer brièvement le but et les intentions.

Le projet de loi crée le programme de protection des taux hypothécaires et facilite l'introduction de titres hypothécaires. Il rend également universels les avantages du programme de logement pour les ruraux et les autochtones en les offrant à tous les Canadiens qui remplissent les conditions d'admissibilité.

Commençons par le programme de protection des taux hypothécaires.

Au cours des dernières semaines, nous avons consulté les principaux groupes qui sont particulièrement touchés par ce programme (constructeurs, promoteurs, agents immobiliers, établissement de prêt), ainsi que des consommateurs et des acheteurs de maisons. Chose remarquable, tous ces groupes représentant des intérêts différents reconnaissent maintenant l'utilité du projet de loi C-37 et estiment qu'il devrait être adopté sans délai excessif. En disant que le programme est largement accepté et qu'on veut le voir mis en œuvre rapidement, je ne veux pas laisser entendre que tous les intéressés le jugent parfait.

D'aucuns ont suggéré que les propriétaires de maison qui achètent la protection dans le cadre de ce programme devraient être à l'abri de toute augmentation du taux d'intérêt pendant la durée de leur emprunt hypothécaire. Je ne crois pas que ce genre de protection soit nécessaire ou souhaitable et je ne pense pas que la plupart des Canadiens attendent ou désirent ce genre de protection.

Les Canadiens ont l'habitude de se débrouiller seuls. Cela fait partie de notre caractère national et de nos traditions. Mais cela fait également partie de nos traditions que de venir en aide à nos voisins chaque fois qu'ils sont affligés par des problèmes qu'ils sont dans l'impossibilité de résoudre seuls.

C'est là un des principes de ce programme qui apporte aide et protection aux propriétaires de maison si, par malchance, les taux d'intérêt hypothécaires augmentent au point où ils n'arrivent plus à verser leurs mensualités et risquent de perdre leur maison.

Le programme de protection des taux hypothécaires a été décrit comme un «filet de protection» et je crois que l'expression est particulièrement juste. À l'instar d'une vedette de cirque, vous espérez ne jamais en avoir besoin, mais vous êtes très soulagés de le savoir là.

Certaines discussions ont eu lieu concernant les frais que devront déboursier les propriétaires-occupants pour bénéficier du programme mais, tout bien considéré, ces coûts sont à mon avis raisonnables. Si l'on tient compte du fait que le droit exigé

seems to me a bargain—certainly much less than most people would pay to insure their home against fire and theft for a comparable period of time. But, even so, no one is obliged to buy the mortgage rate protection program. It is provided as a service by the government to people who feel they need or want it and who are willing to pay for it.

Anyone who believes that interest rates will not rise substantially over the next five years may choose not to buy protection—and there are many people who feel there are good grounds to support that opinion. Other people will conclude that, even if rates do rise, they can manage the increased payments by making some adjustments in the family budget. People who feel that way probably will not buy the program either.

I would also like to express my support for the provisions of the bill that facilitate the introduction of mortgage-backed securities. Many honourable members will be aware that securities of this kind have been available in the United States for a number of years and they have done a great deal to stabilize mortgage interest rates throughout the country, to increase the supply of mortgage money available, and to make possible long-term mortgages at fixed rates of interest.

If the introduction of mortgage-backed securities were to have the same effect in Canada, it would be extremely beneficial for everyone in the mortgage market. Its effect would be particularly welcomed by home-owners. Any extension of the mortgage term beyond the five years, which now seems to be the practical limit, would help to remove some of the uncertainty that surrounds mortgage financing and would allow home-owners to do some longer-range planning with a reasonable degree of confidence.

I would like to speak now for a few minutes about the contribution which this bill will make to the conditions of people living in rural and outlying areas of the country and, particularly native people.

It is sad to consider that native people, the descendants of the original inhabitants of this continent, are among the worst-housed people of modern times. I believe that Canadians—to their credit—are acutely conscious of their obligations to our indigenous people.

What concerns me here and now, and what concerns most Canadians is that no one—and least of all the native people—should be without safe and healthful shelter for themselves and their families. Unfortunately, in spite of some commendable efforts, those conditions do not now prevail. There are hundreds of thousands of Canadians living in run-down, crowded accommodations which they can ill afford. We are making progress in our attack on these conditions but all of the studies undertaken in recent months suggest we will have to progress more rapidly.

One of the changes to be made in the rural and native housing program is fairly simple but nevertheless important. It would allow CMHC, on the government's behalf, to cover the cost of heating when they assist people to acquire their own homes under the program. It is perhaps a small point but, in

peut assurer une protection pour une période allant jusqu'à dix ans, cela me semble une offre avantageuse—le coût sera sans contredit de beaucoup inférieur à ce que la majorité des gens paieraient pour assurer leur maison contre le feu et le vol pour une période comparable. Personne cependant, n'est tenu de souscrire au programme de protection des taux hypothécaires. Le gouvernement offre ce programme à ceux qui en voient la nécessité ou l'avantage et qui acceptent d'en payer la prime.

Tous ceux qui croient que les taux d'intérêt n'augmenteront pas sensiblement au cours des cinq prochaines années, et nombre de gens estiment avoir de bonnes raisons de penser ainsi, peuvent choisir de ne pas acheter cette protection. D'autres prévoient, même si les taux augmentent, être en mesure de verser des paiements plus élevés en modifiant quelque peu leur budget familial. Ceux-là non plus ne souscriront probablement pas au programme.

J'aimerais également exprimer mon appui à l'égard des dispositions du projet de loi qui facilitent l'introduction des titres hypothécaires. De nombreux députés savent que des titres hypothécaires de ce genre sont disponibles depuis un certain nombre d'années aux États-Unis, et qu'ils ont largement contribué à stabiliser les taux hypothécaires partout au pays, à stimuler l'offre de fonds hypothécaires et à rendre possible les prêts hypothécaires à long terme et à taux fixe.

Si l'avènement des titres hypothécaires devait avoir le même résultat au Canada, tous ceux qu'intéresse le marché hypothécaire en tireraient grand profit. Ces titres seraient particulièrement bien accueillis par les propriétaires-occupants. Toute prolongation de la durée des prêts hypothécaires au delà de la limite actuelle de cinq ans aiderait à dissiper en partie l'incertitude qui entoure le financement hypothécaire et permettrait aux propriétaires-occupants de planifier à plus long terme, avec une certaine assurance.

J'aimerais maintenant vous entretenir, pendant quelques minutes, de la façon dont les dispositions de ce projet de loi changeront les conditions de vie des gens qui résident dans les régions rurales et éloignées du Canada et, particulièrement, des autochtones.

Il est triste de constater que les autochtones, descendants des indigènes de notre continent, figurent parmi les gens les moins bien logés de l'ère moderne. Je crois que les Canadiens sont profondément conscients, et c'est tout à leur honneur, de leurs obligations envers les indigènes de notre pays.

Ma préoccupation et celle de la plupart des Canadiens, c'est que nul—et encore moins les autochtones—ne devrait ne pas pouvoir compter sur un gîte sécuritaire et hygiénique pour sa famille et lui-même. Malheureusement, malgré des efforts louables, la situation est tout autre. En effet, des centaines de milliers de Canadiens vivent dans des logements dégradés, surpeuplés, qu'ils peuvent difficilement se permettre. Nos démarches portent fruit, mais toutes les études entreprises ces derniers mois révèlent que nous devons avancer plus rapidement.

L'un des changements à apporter dans le programme de logement pour les ruraux et les autochtones est assez simple, mais néanmoins important. Il permettra à la SCHL d'inclure les frais de chauffage dans l'aide offerte pour l'accession à la propriété aux termes du programme. C'est peut-être un détail,

some remote areas, the high cost of fuel would defeat the program's objectives if it had to be paid entirely by the occupants with no outside assistance.

Perhaps of broader significance, is the provision in this bill which will make all the benefits of the program available to qualified people no matter what province they live in and whether they live on or off an Indian reserve.

This effect will be accomplished by amending the National Housing Act to delete the requirement that provinces must make a financial contribution in order to give effect to the section which helps people acquire their own homes. Problems have arisen because some provinces have withdrawn or withheld these contributions or have attached unacceptable conditions to their participation.

It is regrettable, of course, that this state of affairs has come about but I suppose it is only to be expected that some provinces will have different priorities and different policies from those adopted by the government of Canada.

Until this legislation is passed, the federal government finds itself in an impossible position. It is unable to deliver a key social-housing program to people—including native people—in four provinces which comprise a substantial proportion of the total population nor to people who live in federally administered Indian reserves.

I think all honourable senators who agree that this is a situation which cannot be allowed to continue. During the clause-by-clause consideration of the bill, it might be helpful for honourable senators to now that.

Clause 3, at page 2 is the one which should give effect to the mortgage-backed securities system by authorizing the corporation to guarantee timely payments to investors. It creates a new Part L.1 of the Act. The last clause in the bill, clause 14 on page 17, also refers to mortgage-backed securities. It provides that the legislation related to the securities will come into effect on proclamation.

Clauses from 4 to 11, beginning on page 5 of the bill, relate to the rural and native housing program. Most of them are fairly routine but clause 10 is the one that allows the corporation to provide assistance with heating costs.

Clause 13, on page 17 also concerns rural and native housing. It provides that the minister may make advances to the corporation of up to \$400 million out of the consolidated revenue fund which may be used under the program for various kinds of assistance including help for qualified people to acquire their own homes. This is the clause which makes it possible for the federal government to deliver the entire rural and native housing program throughout Canada without being dependent on provincial contributions.

Clause 12 beginning on page 9 of the bill is the one that gives effect to the mortgage rate protection program by introducing a new Part IV.4 of the Act.

mais dans certaines régions éloignées, le coût élevé du combustible anéantirait les objectifs du programme s'il devait être payé intégralement par les occupants, sans aucune aide extérieure.

Un élément de ce projet de loi dont la portée est certainement plus vaste concerne la disposition qui rendra les avantages du programme accessibles aux personnes répondant aux critères établis, quelle que soit la province dans laquelle elles vivent et sans tenir compte du fait qu'elles habitent une réserve indienne ou non.

Pour parvenir à cela, il convient de modifier la loi nationale sur l'habitation en supprimant l'exigence selon laquelle les provinces doivent contribuer financièrement au programme, afin de rendre effectif l'article portant sur l'aide aux accédants à la propriété. Des difficultés ont surgi parce que certaines provinces avaient retiré ou retenu ces contributions ou assorti leur participation de conditions inacceptables.

Il est évidemment regrettable que l'on en soit arrivé là, mais j'imagine qu'on peut difficilement empêcher certaines provinces d'avoir des priorités et des politiques différentes de celles qu'adopte le gouvernement du Canada.

Le gouvernement fédéral se retrouvera face à une situation impossible tant que ce projet de loi n'aura pas été adopté. Il sera incapable d'offrir un programme essentiel de logement social à la population et notamment aux autochtones de quatre provinces regroupant une importante proportion des habitants du pays, ainsi qu'aux personnes vivant dans des réserves dont l'administration relève du gouvernement fédéral.

Tous les sénateurs seront sans doute d'accord avec moi qu'il s'agit d'une situation qui ne peut plus durer. Il est à souhaiter que les sénateurs en tiendront compte lors de l'étude de chacun des articles du projet de loi.

L'article 3, à la page 2 du projet de loi, rendrait possible la mise en place d'un marché de titres hypothécaires en autorisant la société à garantir le versement de paiements périodiques aux investisseurs. A cet effet, la Partie 1.1 se trouve introduite dans la loi. L'article 14, le dernier, à la page 17 du projet, porte lui aussi sur les titres hypothécaires. Il prévoit que les dispositions législatives concernant ces titres prendront effet au moment de leur promulgation.

Les articles 4 à 11—pages 5 et suivantes—concernent le programme de logement pour les ruraux et les autochtones. La plupart d'entre eux comportent les dispositions habituelles, mais l'article 10 autorise la société à subventionner les frais de chauffage.

L'article 13, page 17, se rapporte également au logement rural et autochtone. Il porte que le ministre peut avancer à la société jusqu'à 400 millions de dollars, pris dans le fonds du revenu consolidé, qui peuvent être affectés à différentes formes d'aide prévues par le programme, notamment à celle que ce dernier accorde aux personnes admissibles pour l'acquisition d'une maison. C'est cet article qui permet au gouvernement fédéral d'appliquer tout le programme de logement pour les ruraux et les autochtones d'un bout à l'autre du pays, sans dépendre des contributions provinciales.

L'article 12, commençant à la page 9 du projet, est celui qui rend exécutoire le programme de protection des taux hypothécaires en introduisant dans la loi la Partie IV.4.

In the sections that follow, honourable senators, will find all of the terms and conditions of the program that have been discussed at some length. Those are, I think, the main operative clauses of the bill.

Dans les articles suivants, messieurs les sénateurs trouveront toutes les modalités du programme, qui ont déjà fait l'objet de discussions. Voilà, je crois, les articles essentiels du projet de loi.



If undelivered, return COVER ONLY to:
Canadian Government Publishing Centre,
Supply and Services Canada,
Ottawa, Canada, K1A 0S9

En cas de non-livraison,
retourner cette COUVERTURE SEULEMENT à:
Centre d'édition du gouvernement du Canada,
Approvisionnement et Services Canada,
Ottawa, Canada, K1A 0S9

WITNESSES—TÉMOINS

Mr. Denis Myette, Senior Program Evaluator, Canada Mortgage and Housing Corporation;

Mr. David Gulbraa, Director, Rural and Native Housing, Canada Mortgage and Housing Corporation;

Mr. Russell MacLellan, M.P., Parliamentary Secretary to the Minister of National Health and Welfare;

Mr. R. J. Allen, Director General, Policy Liaison and Development, Department of National Health and Welfare.

M. Denis Myette, évaluateur principal de programme, Société canadienne d'hypothèque et de logement;

M. David Gulbraa, directeur, Division du logement rural et autochtone, Société canadienne d'hypothèque et de logement;

M. Russell MacLellan, député, secrétaire parlementaire du ministre de la Santé et du Bien-être social;

M. R. J. Allen, directeur général, Politique, liaison et développement, ministère de la Santé nationale et du Bien-être social.



Second Session
Thirty-second Parliament, 1983-84

Deuxième session de la
trente-deuxième législature, 1983-1984

SENATE OF CANADA

SÉNAT DU CANADA

*Proceedings of the Standing
Senate Committee on*

*Délibérations du comité
sénatorial permanent des*

Social Affairs, Science and Technology

Affaires sociales, des sciences et de la technologie

Chairman:
The Honourable M. LORNE BONNELL

Président:
L'honorable M. LORNE BONNELL

Wednesday, June 27, 1984

Le mercredi 27 juin 1984

Issue No. 11

Fascicule n° 11

Complete proceedings on:

Seul et unique fascicule concernant:

Bill C-5, "An Act to amend the Radiation Emitting
Devices Act", and

Projet de loi C-5, «Loi modifiant la Loi sur les dispositifs
émettant des radiations» et

Bill C-49, "An Act to approve, give effect to and declare
valid the Agreement between the Committee for Original
Peoples' Entitlement, representing the Inuvialuit of
the Inuvialuit Settlement Region, and the Government
of Canada and to amend the National Parks Act in
consequence thereof".

Projet de loi C-49, «Loi approuvant, mettant en vigueur
et déclarant valide la Convention conclue entre le
Comité d'étude des droits des autochtones, qui repré-
sente les Inuvialuit de la région désignée, au sens de la
Convention, et le gouvernement du Canada, et modifiant
la Loi sur les parcs nationaux en conséquence».

REPORTS OF COMMITTEE

RAPPORTS DU COMITÉ

WITNESSES:

(See back cover)

TÉMOINS:

(Voir à l'endos)

THE STANDING SENATE COMMITTEE ON
SOCIAL AFFAIRS, SCIENCE AND TECHNOLOGY

The Honourable M. Lorne Bonnell, *Chairman*

The Honourable Orville H. Phillips, *Deputy Chairman*

The Honourable Senators:

Anderson	Marshall
Bielish	McGrand
Bonnell	*Olson
Cottreau	Phillips
*Flynn	Rousseau
Haidasz	Tremblay
Hébert	Wood

**Ex Officio Membres*

(Quorum 4)

COMITÉ SÉNATORIAL PERMANENT DES
AFFAIRES SOCIALES, DES SCIENCES ET DE LA
TECHNOLOGIE

Président: L'honorable M. Lorne Bonnell

Vice-président: L'honorable Orville H. Phillips

Les honorables sénateurs:

Anderson	Marshall
Bielish	McGrand
Bonnell	*Olson
Cottreau	Phillips
*Flynn	Rousseau
Haidasz	Tremblay
Hébert	Wood

**Membres d'office*

(Quorum 4)

Le greffier du Comité

Erika Bruce

Clerk of the Committee

ORDERS OF REFERENCE

Extract from the Minutes of Proceedings of the Senate, Wednesday, June 27, 1984:

"Pursuant to Order, the Honourable Senator Haidasz, P.C., moved, seconded by the Honourable Senator Robichaud, P.C., that the Bill C-5, intituled: "An Act to amend the Radiation Emitting Devices Act", be read the second time.

After debate, and—

The question being put on the motion, it was—
Resolved in the affirmative."

The Bill was then read the second time.

The Honourable Senator Haidasz, P.C., moved, seconded by the Honourable Senator Guay, P.C., that the Bill be referred to the Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology.

The question being put on the motion, it was—
Resolved in the affirmative."

Extract from the Minutes of Proceedings of the Senate, Wednesday, June 27, 1984:

"Pursuant to Order, the Honourable Senator Steuart moved, seconded by the Honourable Senator Giguère, that the Bill C-49, intituled: "An Act to approve, give effect to and declare valid the Agreement between the Committee for Original Peoples' Entitlement, representing the Inuvialuit of the Inuvialuit Settlement Region, and the Government of Canada and to amend the National Parks Act in consequence thereof", be read the second time.

After debate, and—

The question being put on the motion, it was—
Resolved in the affirmative."

The Bill was then read the second time.

The Honourable Senator Giguère moved, seconded by the Honourable Senator Riley, that the Bill be referred to the Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology.

The question being put on the motion, it was—
Resolved in the affirmative."

ORDRES DE RENVOI

Extrait des procès-verbaux du Sénat du mercredi 27 juin 1984:

«Suivant l'ordre adopté, l'honorable sénateur Haidasz, C.P., propose, appuyé par l'honorable sénateur Robichaud, C.P., que le Projet de loi C-5, intitulé: «Loi modifiant la Loi sur les dispositifs émettant des radiations», soit lu pour la deuxième fois.

Après débat,

La motion, mise aux voix, est adoptée.»

Le projet de loi est lu pour la deuxième fois.

L'honorable sénateur Haidasz, C.P., propose, appuyé par l'honorable sénateur Guay, C.P., que le projet de loi soit déferé au Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie.

La motion, mise aux voix, est adoptée.»

Extrait des procès-verbaux du Sénat du mercredi 27 juin 1984:

«Suivant l'ordre adopté, l'honorable sénateur Steuart propose, appuyé par l'honorable sénateur Giguère, que le Projet de loi C-49, intitulé: «Loi approuvant, mettant en vigueur et déclarant valide la Convention conclue entre le Comité d'étude des droits des autochtones, qui représente les Inuvialuit de la région désignée, au sens de la Convention, et le gouvernement du Canada, et modifiant la Loi sur les parcs nationaux en conséquence», soit lu pour la deuxième fois.

Après débat,

La motion, mise aux voix, est adoptée.

Le projet de loi est alors lu pour la deuxième fois.

L'honorable sénateur Giguère propose, appuyé par l'honorable sénateur Riley, que le projet de loi soit déferé au Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie.

La motion, mise aux voix, est adoptée.»

Le greffier du Sénat

Charles A. Lussier

Clerk of the Senate

MINUTES OF PROCEEDINGS

WEDNESDAY, JUNE 27, 1984
(16)

[Text]

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met this day, at 4:55 p.m., the Chairman, Honourable Senator Bonnell presiding.

Members of the Committee present: The Honourable Senators Anderson, Bielish, Bonnell, Cottreau, Haidasz, Marshall, McGrand and Phillips (8).

Other Senators present: Honourable Senators Adams, Steuart, Stewart, Watt and Yuzyk.

Witnesses:

Mr. Russell MacLellan, M.P., Parliamentary Secretary to the Minister of National Health and Welfare.

From the Department of National Health and Welfare, Environmental Health Directorate:

Dr. Peter Waight, Acting Director, Radiation Protection Bureau;

Dr. Gerry MacDonald, Chief, Legislative and Regulatory Processes.

* * *

Mr. J. R. Goudie, Director, Claims Policy, Office of Native Claims, Department of Indian and Northern Affairs;

Mr. Martin Kalson, Counsel, Legal Services, Department of Justice;

Ms. Glenys Parry, Senior Negotiator, Western Arctic Claim, Department of Indian and Northern Affairs.

The Committee proceeded to examine and consider Bill C-5 intituled, "An Act to amend the Radiation Emitting Devices Act."

The witnesses answered questions.

On motion of Senator Cottreau, it was agreed—That the Committee report Bill C-5 to the Senate without amendment.

* * *

The Committee proceeded to examine and consider Bill C-49 intituled, "An Act to approve, give effect to and declare valid the Agreement between the Committee for Original Peoples' Entitlement, representing the Inuvialuit of the Inuvialuit Settlement Region, and the Government of Canada and to amend the National Parks Act in consequence thereof."

The witnesses made statements and answered questions.

On motion of Senator Cottreau, it was agreed—That the Committee report Bill C-49 to the Senate without amendment.

PROCÈS-VERBAL

LE MERCREDI 27 JUIN 1984
(16)

[Traduction]

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit aujourd'hui à 16 h 55 sous la présidence de l'honorable sénateur Bonnell (président).

Membres du Comité présents: Les honorables sénateurs Anderson, Bielish, Bonnell, Cottreau, Haidasz, Marshall, McGrand et Phillips (8).

Autres sénateurs présents: Les honorables sénateurs Adams, Steuart, Stewart, Watt et Yuzyk.

Témoins:

M. Russell MacLellan, député, secrétaire parlementaire au ministre de la Santé nationale et du Bien-être social.

Du ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, Direction de l'hygiène du milieu:

M. Peter Waight, chef intérimaire, Bureau de la radioprotection;

M. Gerry MacDonald, chef, Processus législatifs et réglementation.

* * *

M. J. R. Goudie, directeur, Politique des revendications, Bureau des revendications des autochtones, ministère des Affaires indiennes et du Nord;

M. Martin Kalson, avocat, Services légaux, ministère de la Justice;

M^{me} Glenys Parry, négociateur principal, Revendication de l'arctique de l'Ouest, ministère des Affaires indiennes et du Nord.

Le Comité entreprend l'étude du projet de loi C-5 intitulé: «Loi modifiant la Loi sur les dispositifs émettant des radiations».

Les témoins répondent aux questions.

Sur motion du sénateur Cottreau, il est convenu,—Que le Comité fera rapport du projet de loi C-5 au Sénat sans amendement.

* * *

Le Comité entreprend l'étude du projet de loi C-49 intitulé: «Loi approuvant, mettant en vigueur et déclarant valide la Convention conclue entre le Comité d'étude des droits des autochtones, qui représente les Inuvialuit de la région désignée, au sens de la Convention, et le gouvernement du Canada, et modifiant la Loi sur les parcs nationaux en conséquence».

Les témoins font des déclarations et répondent aux questions.

Sur une motion du sénateur Cottreau, il est convenu,—Que le Comité fera rapport du projet de loi C-49 au Sénat sans amendement.

At 6:35 p.m., the Committee adjourned to the call of the Chair.

ATTEST:

A 18 h 35, le Comité suspend ses travaux jusqu'à nouvelle convocation du président.

ATTESTÉ:

Le greffier du Comité

Erika Bruce

Clerk of the Committee

REPORTS OF THE COMMITTEE

Thursday, June 28, 1984

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology presents its

SEVENTH REPORT

Your Committee to which was referred Bill C-5, intituled: "An Act to amend the Radiation Emitting Devices Act", has in obedience to its Order of Reference of Wednesday, June 27, 1984, examined the said Bill and now reports the same without amendment.

Respectfully submitted,

Thursday, June 28, 1984

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology presents its

EIGHTH REPORT

Your Committee to which was referred Bill C-49, intituled: "An Act to approve, give effect to and declare valid the Agreement between the Committee for Original Peoples' Entitlement, representing the Inuvialuit of the Inuvialuit Settlement Region, and the Government of Canada and to amend the National Parks Act in consequence thereof", has in obedience to its Order of Reference of Wednesday, June 27, 1984, examined the said Bill and now reports the same without amendment.

Respectfully submitted,

RAPPORTS DU COMITÉ

Le jeudi 28 juin 1984

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie présente son

SEPTIÈME RAPPORT

Votre Comité auquel on a déféré le projet de loi C-5, intitulé: «Loi modifiant la Loi sur les dispositifs émettant des radiations» a, conformément à son ordre de renvoi du mercredi 27 juin 1984, examiné ledit projet de loi et en fait maintenant rapport sans amendement.

Respectueusement soumis,

Le jeudi 28 juin 1984

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie présente son

HUITIÈME RAPPORT

Votre Comité auquel on a déféré le projet de loi C-49, intitulé: «Loi approuvant, mettant en vigueur et déclarant valide la Convention conclue entre le Comité d'étude des droits des autochtones, qui représente les Inuvialuit de la région désignée, au sens de la Convention, et le gouvernement du Canada, et modifiant la Loi sur les parcs nationaux en conséquence» a, conformément à son ordre de renvoi du mercredi 27 juin 1984, examiné ledit projet de loi et en fait maintenant rapport sans amendement.

Respectueusement soumis,

Le président

M. Lorne Bonnell

Chairman

EVIDENCE

Ottawa, Wednesday, June 27, 1984

[Text]

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology to which was referred Bill C-5, to amend the Radiation Emitting Devices Act, met this day at 5.00 p.m., to give consideration to the said bill.

Hon. M. Lorne Bonnell (*Chairman*) in the Chair.

The Chairman: Honourable senators, this afternoon we are considering Bill C-5, to amend the Radiation Emitting Devices Act, which was referred to the committee a few minutes ago. As witnesses before the committee we have with us Dr. P. J. Waight from the Radiation Protection Bureau, and Mr. Gerald E. MacDonald, Chief, Legislative and Regulatory Processes, both of whom are from the Health Protection Branch of the Department of Health and Welfare Canada. Have you an opening statement, Dr. Waight?

Senator Marshall: Could one of the witnesses give us a short resumé of the bill? We would like to have some background on the legislation.

Mr. Gerald E. MacDonald, Chief, Legislative and Regulatory Processes, Health Protection Branch, National Health and Welfare: Mr. Chairman, the current Radiation Emitting Devices Act, which has been in effect for the past 12 years, contains severe limitations. It is really only operative and effective if there are standards established for a particular device; if there are no standards in effect, then the act does not apply to a radiation emitting device, whether it be defective or in good working order. Therefore, we are bringing these amendments forward in order to attempt to close some of those loopholes, and in particular, to be able to regulate devices that may be imported and sold which are defective and for which no standard exists.

There is another loophole in the legislation at the moment in that the standard is effective only on those devices manufactured after the standard has been established. There have been instances where devices have been stockpiled for a considerable length of time and those devices can continue to be imported and sold even though they are defective. It is those types of loophole we are attempting to close by this legislation.

It is true that we are also extending the definition of radiation in order to take care of some situations which now exist and of which you are aware.

In essence, those are the primary areas with which we are concerned.

Senator Marshall: Does the legislation establish standards for these devices?

Mr. MacDonald: We currently have the authority to establish standards under the Radiation Emitting Devices Act and

TÉMOIGNAGES

Ottawa, le mercredi 27 juin 1984

[Traduction]

Le comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie auquel a été déféré le bill C-5, Loi modifiant la Loi sur les dispositifs émettant des radiations, se réunit aujourd'hui à 17 heures pour examiner ledit projet de loi.

L'honorable M. Lorne Bonnell (*président*) occupe le fauteuil.

Le président: Honorables sénateurs, nous étudions cet après-midi le bill C-5, Loi modifiant la Loi sur les dispositifs émettant des radiations, qui a été déféré au Comité il y a à peine quelques minutes. Comme témoins devant le Comité, nous avons avec nous le docteur P. J. Waight du Bureau de la radioprotection et M. Gerald E. MacDonald, chef, Processus législatifs et Réglementation. Les deux témoins nous arrivent de la Direction générale, Protection de la santé, de Santé et Bien-être Canada. Docteur Waight, voulez-vous faire une déclaration d'ouverture?

Le sénateur Marshall: Un des deux témoins pourrait-il nous faire un bref résumé du projet de loi? Nous aimerions avoir quelques renseignements de base sur le sujet.

M. Gerald E. MacDonald, chef, Processus législatifs et Réglementation, Direction générale, Protection de la santé, Santé et Bien-être social: Monsieur le président, la Loi actuelle sur les dispositifs émettant des radiations qui est déjà en vigueur depuis les dernières douze années, contient de graves lacunes. Cette mesure législative n'est vraiment fonctionnelle et efficace que si elle est dotée de normes régissant un mécanisme particulier; en l'absence de telles normes, la loi ne saurait s'appliquer à un dispositif émettant des radiations, que ce dispositif soit défectueux ou en bon état. C'est pourquoi nous proposons d'apporter ces modifications pour essayer de bloquer ces échappatoires, ce qui nous permettra surtout de réglementer les dispositifs, qui peuvent être importés et vendus, même s'ils sont défectueux et qu'ils ne sont régis par aucune norme.

La loi actuelle contient une autre échappatoire en ce sens que la norme ne s'applique qu'aux dispositifs fabriqués après l'entrée en vigueur de ces normes. Il y a eu des cas où des dispositifs ont été accumulés et gardés en entrepôt pendant de longues périodes de temps; or rien ne peut empêcher l'importation et la vente de ces dispositifs même s'ils sont défectueux. Ce sont ces genres d'échappatoires que nous essayons de bloquer à l'aide de cette loi.

Il est néanmoins vrai que nous voulons également étendre la définition du terme radiation afin d'englober certaines situations qui existent actuellement et dont vous êtes certainement au courant.

En somme, ce sont là les principales questions qui nous préoccupent.

Le sénateur Marshall: Y a-t-il actuellement dans la loi, des normes qui régissent ces dispositifs?

M. MacDonald: La Loi actuelle sur les dispositifs émettant des radiations et les règlements qui s'y rapportent nous autori-

[Text]

the regulations pertaining to that act. There are approximately 13 or 14 standards at the moment. It sometimes takes a year or two to have a standard established by regulation because of its complexity, and during that period of time defective devices of that type can be imported and sold because the act does not address them.

Senator Marshall: What does the bill do, then?

Mr. MacDonald: It not only continues to permit us to establish standards, but enables us to take regulatory action in cases where there are defective devices for which no standard exists. We have had occasions where devices have been dumped in Canada from the United States for which we have had no standard and we were unable to do anything about them, even though they emitted excessive radiation.

Senator Marshall: Can I stretch the imagination and ask whether this would cover the Cruise missile testing taking place in Cold Lake, Alberta? That is a device that comes across the border. Will this legislation control that?

Mr. MacDonald: We are concerned about radiation emitting devices and their importation and sale; we are not concerned with devices which come under the Atomic Energy Control Act. There is an exception for the Cruise missile testing, though.

Dr. P. J. Waight, Chief, Radiation Protection Bureau, Health Protection Branch, National Health and Welfare: Mr. Chairman, perhaps it would be useful to summarize the main points of the bill so that the members of the committee have an overall bird's eye view of the legislation.

First of all, the bill itself removes the restriction of limiting the application of regulations to only certain frequencies within the sound and radio and electro-magnetic spectrum. It reduces that from what is now 10 megahertz to what is very much lower so that more devices will be included in the radio frequency range.

Secondly, as Mr. MacDonald has stated, it enables us to take action on devices for which no regulations have been promulgated, provided we can be assured that they are a health hazard.

Thirdly, the legislation will enable us to control misleading advertising. The control, as Mr. MacDonald has stated, is made at the time of sale and not just at the time of manufacture, thereby obviating those stockpiling problems. It also enables us to control the instructions for use of the devices so that they are clear and precise.

Those are the main features of the bill. It is really a housekeeping bill.

Senator McGrand: You said that there was equipment that had been imported from the United States and installed in Canada that did not meet the qualifications that our system requires. You said that we are stuck with them and there is

[Traduction]

sent à établir des normes qui sont actuellement au nombre de treize ou quatorze. Pour établir une norme au moyen d'un règlement, il faut parfois attendre un an ou deux en raison de la complexité de la norme, et durant cette période, les dispositifs défectueux de ce type peuvent être importés et vendus parce qu'ils ne sont pas régis par la loi.

Le sénateur Marshall: Mais alors, en quoi le projet de loi peut-il vous aider?

M. MacDonald: Le projet de loi non seulement nous permet-il toujours d'établir des normes, mais il nous autorise aussi à réglementer les dispositifs défectueux à l'égard desquels il n'existait aucune norme. Nous avons déjà eu des dispositifs en provenance des États-Unis qui avaient submergé le marché canadien; or nous n'y pouvions rien, même si les quantités de radiations qu'ils émettaient étaient excessives, pour la simple raison que ces dispositifs n'étaient régis par aucune norme.

Le sénateur Marshall: Puis-je pousser l'imagination un peu plus loin et vous demander si une telle norme régirait les essais du missile Cruise qui ont lieu à Cold Lake, en Alberta? Il s'agit bien d'un dispositif qui nous arrive d'outre-frontière. Cette loi pourrait-elle régir ce dispositif?

M. MacDonald: Ce qui nous intéresse, ce sont les dispositifs qui émettent des radiations ainsi que l'importation et la vente de ces produits; nous n'avons rien à voir avec les dispositifs qui tombent sous le coup de la Loi sur le contrôle de l'énergie atomique, bien qu'il y ait une exception dans le cas des essais du missile Cruise.

M. P. J. Waight, chef, bureau de la radioprotection, Santé et bien-être Canada: Monsieur le président, ce serait peut-être utile d'énoncer brièvement les points saillants du projet de loi pour que les membres du Comité aient une idée générale de la loi.

Tout d'abord, le projet de loi en soi supprime la restriction limitant la portée des règlements à certaines fréquences seulement du spectre sonore, radio et électromagnétique. Ce spectre qui est actuellement de 10 megahertz se trouve ainsi assez réduit de façon à ce que la gamme de fréquences radio englobe un nombre plus élevé de dispositifs.

Deuxièmement, comme M. MacDonald l'a indiqué, cette loi nous permet de prendre des mesures à l'égard de dispositifs pour lesquels des règlements n'ont pas été promulgués, à condition toutefois que nous soyons assurés qu'il existe un danger pour la santé.

Troisièmement, la loi nous permettra d'exercer un contrôle sur la publicité trompeuse. Le contrôle, comme l'a affirmé M. MacDonald, est exercé au moment de la vente et pas simplement au moment de la fabrication, évitant ainsi les problèmes d'accumulation des stocks. Par ailleurs, cette loi nous permettra de surveiller les instructions relatives à l'utilisation des dispositifs, de façon à ce qu'elles soient claires et précises.

Voilà donc les principales caractéristiques du projet de loi qui constitue, en somme, un projet de loi d'ordre administratif.

Le sénateur McGrand: Vous avez parlé d'équipement importé des États-Unis et installé au Canada qui ne répondait pas aux normes exigées par notre système. Vous avez dit que

[Text]

nothing we can do about them. What has happened to that equipment?

Mr. MacDonald: I do not know, because we had no jurisdiction over that equipment.

Senator McGrand: It was installed, though?

Mr. MacDonald: Yes, but because a standard did not exist for that equipment we had no jurisdiction.

Senator McGrand: What has happened to that equipment?

Mr. MacDonald: It may still be in use.

Senator Haidasz: Are there not any existing provincial laws which govern the installation and use of therapeutic devices or diagnostic devices? Are there no provincial laws which regulate the installation of those defective devices and the harmful use of those devices?

Dr. Waight: There is a division of jurisdiction between the provinces and the federal government whereby the provinces have the capability and power to pass legislation and regulations governing the installation and use of radiation emitting equipment.

Senator Haidasz: Are they not using their provincial powers to deal with the matter Senator McGrand raised?

Dr. Waight: I do not know.

Senator Haidasz: Were there no federal-provincial consultations held before Bill C-5 was drafted?

Dr. Waight: Yes, certainly. None of these bills come forward without the knowledge of the provinces.

Senator Haidasz: There are provincial laws in effect now that deal with the problem Senator McGrand has raised—that is, the installation and use of defective devices or harmful devices?

Mr. MacDonald: Senator, the regulations the various provinces have are different from each other. Furthermore, there may be times when the installation and use will not correct the condition that should have been corrected at the time of manufacture.

Senator Haidasz: In other words, even if we pass this bill today, if there are flaws or an absence of provincial laws that regulate the installation and use of radiation emitting devices, there would still be harm done to the consumer?

Dr. Waight: That is possible.

Senator Haidasz: That is bad.

Senator Marshall: There is nothing that can be done after the fact?

Dr. Waight: After the fact, no.

Senator Phillips: Is there not a distinction between the federal and provincial responsibilities in that the federal responsi-

[Traduction]

nous étions pris avec cet équipement et que nous n'y pouvions rien. Qu'en est-il advenu de cet équipement?

M. MacDonald: Je l'ignore, car cet équipement n'était pas de notre ressort.

Le sénateur McGrand: Mais cet équipement a quand même été installé?

M. MacDonald: En effet, mais étant donné que cet équipement n'était pas régi par une norme, il échappait à notre contrôle.

Le sénateur McGrand: Et qu'en est-il advenu de cet équipement?

M. MacDonald: Il est peut-être encore en usage.

Le sénateur Haidasz: N'y a-t-il pas des lois provinciales actuellement en vigueur qui régissent l'installation et l'utilisation de dispositifs thérapeutiques ou de diagnostic? N'y a-t-il pas des lois provinciales qui réglementent l'installation de dispositifs défectueux de ce genre et l'utilisation préjudiciable de ces instruments?

M. Waight: Il existe une répartition des compétences entre les provinces et le gouvernement fédéral en vertu de laquelle les provinces ont la capacité et le pouvoir de légiférer et d'établir des règlements régissant l'installation et l'utilisation de matériel émettant des radiations.

Le sénateur Haidasz: Les provinces ne se prévalent-elles pas de leurs pouvoirs pour s'occuper de la question soulevée par le sénateur McGrand?

M. Waight: Je l'ignore.

Le sénateur Haidasz: Avant d'être rédigé, le projet de loi C-5 n'a-t-il pas fait l'objet de consultations fédérales-provinciales?

M. Waight: Oui certainement. Aucun de ces projets de loi n'est présenté sans la connaissance des provinces.

Le sénateur Haidasz: Il existe aujourd'hui des lois provinciales qui traitent du problème que le sénateur McGrand a soulevé, c'est-à-dire l'installation et l'utilisation de dispositifs défectueux ou préjudiciables?

M. MacDonald: Sénateur, les règlements établis par les diverses provinces sont différents les uns des autres. Par ailleurs, il arrive parfois que l'installation et l'utilisation ne corrigeront pas la situation qui aurait dû être rectifiée au moment de la fabrication.

Le sénateur Haidasz: En d'autres mots, même si nous adoptons ce projet de loi aujourd'hui, les consommateurs subiront toujours des préjudices en l'absence de lois provinciales qui réglementent l'installation et l'utilisation de dispositifs émettant des radiations ou si ces lois présentent des lacunes?

M. Waight: C'est fort possible.

Le sénateur Haidasz: C'est bien malheureux.

Le sénateur Marshall: Vous voulez dire qu'il n'y a rien qu'on puisse faire après le fait?

M. Waight: Après le fait, non.

Le sénateur Phillips: N'y a-t-il pas une distinction entre les responsabilités du gouvernement fédéral et celles des provinces

[Text]

bility relates to the establishment of standards, the control of importation and sale, but once the equipment is installed and operating, it comes under provincial jurisdiction? I am thinking now of Workmen's Compensation, and things of that nature.

Dr. Waight: That is right.

Senator Phillips: I believe, from the evidence led before the committee of the other place, that consultations were held with the provinces and that there is a joint federal-provincial committee.

Senator Haidasz: There remains the possibility, even though we will pass this bill, of these devices still being harmful to the user because there are no provincial laws governing the installation or use. Are they not the same across Canada? I would think it behooves someone to get at the provinces so that their laws are brought up to date.

Senator Phillips: In my brief remarks in the Senate today I raised a number of questions which I would like to deal with now. Under the section dealing with prohibitions the wording "creates a risk to any person of genetic or personal injury", appear. Is there a definition in the bill of "genetic injury"? What is meant by that.

Dr. Waight: I do not think there is a definition of those words found in the bill. As far as I am concerned, it means the ability to cause damage to the genetic apparatus which may be passed on to future generations.

Senator Phillips: Where in the statute would I find a definition of "genetic injury"? It may mean something to you but something else to someone else and something different again to a judge. I think it is important that we know where that definition can be found.

Dr. Waight: I have no knowledge of any definition for that in the bill.

Senator Phillips: So there are words in the legislation the meaning of which no one knows?

Senator Haidasz: We will have to wait for the Governor in Council to make the regulations. The bill, in clause 11, talks about regulations to deal with genetic and personal injury.

Senator Phillips: That is true, Senator Haidasz, but I am questioning the procedure. We are referring to and approving the making of regulations to cover genetic injury, but we have not the foggiest idea what we are talking about.

Dr. Waight: The bill makes reference to a health hazard. I do not think that that is defined either, yet a health hazard can mean virtually whatever one wants it to mean.

The Chairman: Such as impairment of health.

[Traduction]

en ce sens que la responsabilité fédérale se situe au niveau de l'établissement des normes, du contrôle de l'importation et de la vente, mais du moment que l'équipement a été installé et qu'il fonctionne, il passe sous la juridiction provinciale? Et je pense ici à l'indemnisation des accidents du travail et d'autres choses du même genre.

M. Waight: C'est exact.

Le sénateur Phillips: D'après les témoignages présentés devant le Comité de l'autre endroit, je crois qu'il y a eu consultation avec les provinces et qu'un comité mixte fédéral-provincial a déjà été créé.

Le sénateur Haidasz: Même si nous adoptons ce projet de loi, la possibilité demeure que ces dispositifs portent toujours préjudice à l'utilisateur puisqu'il n'existe aucune loi provinciale régissant l'installation ou l'usage. Ces lois ne sont-elles pas les mêmes dans tout le Canada? Il nous incombe je pense de communiquer avec les provinces pour qu'elles procèdent à une mise à jour de leurs lois.

Le sénateur Phillips: Dans les brèves remarques que j'ai faites au Sénat aujourd'hui, j'ai soulevé un certain nombre de questions que j'aimerais vous exposer tout de suite. Dans l'article qui traite des interdictions on trouve l'expression «crée un risque de troubles génétiques ou de blessures corporelles». Y a-t-il dans le projet de loi une définition des termes «troubles génétiques»? Qu'est-ce que cela signifie.

M. Waight: Je ne pense pas qu'il y ait dans le projet de loi une définition de ces termes. A mon avis, cela signifie la possibilité de causer des dommages à l'appareil génétique, dommages qui peuvent être transmis aux prochaines générations.

Le sénateur Phillips: Dans quelle loi pourrais-je trouver une définition des termes «troubles génétiques»? L'interprétation que je peux donner à ces termes peut différer de celle de quelqu'un d'autre et encore de celle d'un juge. Je crois qu'il est important que nous sachions où trouver cette définition.

M. Waight: A ma connaissance, il n'y a aucune définition du genre dans le projet de loi.

Le sénateur Phillips: Ainsi, il y a dans la loi des termes dont personne ne connaît le sens?

Le sénateur Haidasz: Il nous faudra attendre que le gouverneur en conseil édicte les règlements. A l'article 11 du projet de loi, il est question de règlements portant sur des troubles génétiques et de blessures corporelles.

Le sénateur Phillips: C'est exact, sénateur Haidasz, mais je m'interroge sur la procédure employée. Nous sommes en train de discuter et d'approuver l'élaboration de règlements portant sur des troubles génétiques alors que nous n'avons pas la moindre idée de ce que nous disons.

M. Waight: Dans le projet de loi il est question d'un danger pour la santé. Ce danger non plus n'est pas défini, pourtant un danger pour la santé peut virtuellement être interprété de mille façons.

Le président: Comme par exemple la détérioration de la santé.

[Text]

Dr. Waight: Yes. That is not defined either, but we would go to the medical definition of genetic hazards in order to come up with an acceptable definition.

Senator Phillips: How is genetic injury established?

Dr. Waight: By damage usually caused by ionizing radiation to the germ cells of individuals.

Senator Phillips: How would anyone prove that a handicapped child was the result of genetic injury?

Dr. Waight: I do not think it would have to be necessarily a genetic injury. I do not think you could prove that one way or the other. I think the only way you could prove that would be to conduct an epidemiology study of the users of a particular device over a long period of time. We do know from scientific fact that X-rays or ionizing radiation are the usual ones that can cause genetic damage.

Senator Marshall: Are you aware of the Chalk River situation, where servicemen during the Second World War were affected by radiation? That has been in the news lately.

Dr. Waight: A number of instances happened at Chalk River.

Senator Marshall: I am aware of that.

Dr. Waight: There is no relationship whatsoever. That was damage due to the malfunction of the reactor which used radioactive devices, whereas this bill applies only to mechanical devices, electronic devices which produce either X-rays or some other form of radiation. It is not a prescribed substance such as that found under the Atomic Energy Control Act.

Senator Marshall: What good are we doing by passing this legislation? If someone installs something that is defective, you do not have any authority to tell them that it is defective and that they should not have it installed and that it should be removed.

Dr. Waight: Under the amendments to the act we will.

Senator Marshall: You will?

Dr. Waight: Yes.

Senator Phillips: As you know, Mr. Chairman, this committee has been pressing the Department of Veterans Affairs on behalf of veterans in Canada who were involved in atomic energy testing.

The Chairman: Such as that which took place at Chalk River?

Senator Phillips: I am thinking more of the Canadian troops who observed the testing of the atomic bomb at Chalk River. That department is unable to establish any connection or any proof that exposure to atomic radiation has caused any injury to the servicemen. I am therefore intrigued that with this bill, we can go ahead and prove that a video terminal is harmful but we cannot prove an atomic bomb to be harmful. I really do not think anyone knows what we are doing with this bill.

[Traduction]

M. Waight: Oui. Cela n'est plus défini, mais nous aurions recours à la définition médicale des dangers d'ordre génétique pour en arriver à une définition acceptable.

Le sénateur Phillips: Comment peut-on établir qu'il y a des troubles génétiques?

M. Waight: Il s'agit de dommages habituellement causés aux cellules de l'individu par des rayons ionisants.

Le sénateur Phillips: Comment peut-on prouver que les malformations d'un enfant sont le résultat d'un trouble génétique?

M. Waight: Je ne pense pas qu'il soit absolument question d'un trouble génétique. Je doute fort qu'on puisse le prouver. Je crois que le seul moyen de prouver cela serait d'entreprendre une étude épidémiologique des utilisateurs d'un dispositif donné sur une assez longue période de temps. Mais c'est un fait scientifique que les radiographies ou les rayons ionisants sont ceux qui causent habituellement des troubles génétiques.

Le sénateur Marshall: Êtes-vous au courant de ce qui s'est produit à Chalk River, alors que des militaires de la Seconde Guerre mondiale avaient reçu des radiations? On en a beaucoup parlé ces derniers temps dans les nouvelles.

M. Waight: En effet, il y a eu à Chalk River un certain nombre de cas.

Le sénateur Marshall: Oui, j'en suis au courant.

M. Waight: Il n'y a absolument aucun rapport. Il s'agissait là de troubles attribuables au mauvais fonctionnement d'un réacteur comportant des dispositifs radioactifs alors que ce projet de loi ne s'applique qu'aux dispositifs mécaniques et électroniques qui produisent des rayons-X ou quelque autre forme de radiation. Il ne s'agit pas d'une substance dûment prescrite comme celle qu'on retrouve dans la Loi sur le contrôle de l'énergie atomique.

Le sénateur Marshall: Dans ce cas, à quoi cela sert-il d'adopter un tel projet de loi? Si quelqu'un construit un dispositif qui est défectueux, rien ne vous autorise de lui dire qu'il est défectueux, qu'il ne devrait pas l'installer et qu'il devrait l'enlever.

M. Waight: En modifiant la loi, nous aurons ce pouvoir.

Le sénateur Marshall: Vous croyez?

M. Waight: Oui.

Le sénateur Phillips: Comme vous le savez, monsieur le président, ce comité faisait pression auprès du ministère des Affaires des anciens combattants au nom des anciens combattants du Canada qui avaient pris part à des essais atomiques.

Le président: Comme ceux qui ont eu lieu à Chalk River?

Le sénateur Phillips: Je veux parler plutôt des troupes canadiennes qui ont assisté aux essais de la bombe atomique à Chalk River. Ce ministère est incapable d'établir un rapport ou une preuve quelconque voulant que les troubles dont souffrent les militaires étaient dus à l'exposition aux rayons atomiques. Par conséquent, ce qui me déroute dans ce projet de loi c'est qu'il nous permet d'aller de l'avant et de prouver qu'un terminal vidéo est nuisible à la santé alors que nous ne parvenons pas à établir le caractère délétère d'une bombe atomique.

[Text]

The Chairman: We have Mr. MacLellan with us again. Perhaps he could explain it.

Mr. Russell MacLellan, M.P., Parliamentary Secretary to the Minister of Health and Welfare Canada: Senator Phillips, I can appreciate your concern on that. It is one I share. The only difficulty is that that particular act does not relate to nuclear power as atomic power. This is purely dealing with devices such as microwave ovens and X-ray equipment. This has no relationship to anything under the Atomic Energy Control Act. They are two separate pieces of legislation.

Senator Phillips: The ease with which you are establishing injury under this bill, however, surely can be compared with the difficulty experienced by the Department of Veterans Affairs in establishing—

Mr. MacLellan: Yes, but what we have to do is—

Senator Phillips: What I am attempting to do is—

Mr. MacLellan: No, I agree with what you are saying. The difficulty is that there is a very large area which we have to protect, with which this bill deals. I agree with you that this bill does not deal with all the potentials of radiation and all the harm that can be caused. It is dealing with a specific area. However, the act presently stands that you cannot restrict items coming into this country after the existing regulations came into force. Products that were coming in at that time still come in completely uninspected. We do not know what kind of things can be dumped in Canada, and this is something that is of concern.

Senator Marshall: If a store is selling microwave ovens and somebody buys one and then they complain that they are getting sick from it, you can take action to dump those stoves or have them returned?

Mr. MacLellan: There is a standard for microwave ovens, but the fact is that there is a loophole whereby things are coming into this country that do not meet the standards. These gentlemen could explain it much better than I can.

Senator Marshall: How do you know it, for instance, Eaton's buys 1,000 microwave ovens from the United States and, in turn, sells them. How can you test those ovens? Are you going to have inspectors looking at all that stuff?

Mr. MacDonald: Oh yes.

Senator Marshall: In the same fashion as you inspect meat?

Mr. MacDonald: Yes. We have a standard for microwave ovens right now. All models of microwave ovens on the Canadian market have been inspected and they all meet the standard at the present time.

[Traduction]

À mon avis, nul ne sait exactement en quoi ce projet de loi nous est utile.

Le président: M. MacLellan est de nouveau parmi nous. Il pourrait peut-être nous éclairer là-dessus.

M. Russell MacLellan, député, secrétaire parlementaire du ministre de la Santé et du Bien-être du Canada: Sénateur Phillips, je comprends bien votre point de vue sur cette question que je partage d'ailleurs. La seule difficulté réside dans le fait que ce projet de loi n'a aucun rapport avec l'énergie nucléaire ou atomique. Il s'adresse purement et simplement à des dispositifs comme les fours à micro-ondes et l'équipement radiologique. Il n'a aucun rapport avec des éléments qui relèvent de la Loi sur le contrôle de l'énergie atomique. Il s'agit de deux mesures législatives distinctes.

Le sénateur Phillips: S'il vous est si facile de définir ce qu'on entend par blessures corporelles dans ce projet de loi, ne croyez-vous pas que le ministère des Affaires des anciens combattants devrait être en mesure d'établir...

M. MacLellan: Oui, mais il s'agit pour nous de...

Le sénateur Phillips: Ce que j'essaie de faire ici...

M. MacLellan: Non, je suis tout à fait d'accord avec votre point de vue. La difficulté réside dans le fait qu'il s'agit pour nous de protéger un très grand secteur et qui fait l'objet de ce projet de loi. J'en conviens avec vous que ce projet de loi ne traite pas de tous les risques de radiation et de tout le mal que cela peut causer. Le projet de loi traite d'un domaine très précis. Cependant, la loi dans sa forme actuelle nous empêche d'interdire l'entrée de certains articles dans ce pays, une fois que les règlements actuels sont en vigueur. Les produits que l'on importait à ce moment-là nous arrivent toujours sans aucune inspection. Nous n'avons aucune idée de la nature des articles avec lesquels on submerge le marché canadien et c'est là une question qui nous inquiète.

Le sénateur Marshall: Si quelqu'un achète un four à micro-ondes et s'aperçoit par la suite que sa santé en est affectée, il peut certainement se débarrasser de ce four ou le retourner au magasin?

M. MacLellan: Les fours à micro-ondes sont régis par une norme, mais le fait est qu'il existe dans nos lois une échappatoire qui permet l'introduction dans ce pays de marchandises qui ne répondent pas aux normes. En tout cas, ces messieurs pourraient vous expliquer ce point mieux que moi.

Le sénateur Marshall: Qu'arrive-t-il si, par exemple, le grand magasin Eaton's importe 1,000 fours à micro-ondes des États-Unis et qu'à son tour, il les vend au public canadien. Comment pouvez-vous tester tous ces fours? Avez-vous suffisamment d'inspecteurs pour s'occuper de toute cette marchandise?

M. MacDonald: Certainement.

Le sénateur Marshall: Exactement comme si vous inspectiez de la viande?

M. MacDonald: Oui. Les fours à micro-ondes sont actuellement régis par une norme. Tous les modèles qui se trouvent sur le marché canadien ont été inspectés et répondent tous à la norme, actuellement.

[Text]

Senator Phillips: I will come back to my other question later on. Senator Marshall raised a question of inspectors. I am concerned with the wide authority given to inspectors. Can you tell us where the examination of these devices will be carried out?

Mr. MacDonald: Senator, it depends on the device. It would occur mainly at the place where the device is located, but there are occasions when the device might need to be brought to the Radiation Protection Bureau in Ottawa. However, normally, it would be at the site of importation or the site of manufacture.

Senator Phillips: What type of inspection is carried out? For instance, if you picked up a microwave oven or an ultra-sound or something of that nature, what type of inspection would you carry out when it is picked up?

Dr. Waight: Inspectors have a set order of inspection for particular items. For instance, a microwave oven would be tested for leakage; it would be tested with and without a load in it; it would be tested for compliance with the regulations on labelling and interference locks to prevent somebody opening the oven while the microwaves were being generated. These sorts of tests would be carried out at the time of inspection.

Senator Phillips: It takes 90 days to look at the labelling and the lock, does it? How many labels are on a microwave oven?

Dr. Waight: Not very many.

Senator Phillips: So why keep the machine for 90 days? Why not 14?

Dr. Waight: This implies that there are machines coming in and out. There is a turn-around of machines with time to transport them backwards and forwards. Although the inspection may take three-quarters of an hour or something like that, one cannot guarantee that they will be in and out within two hours or a day.

Senator Phillips: There is a great deal of difference between 90 days and an hour.

Mr. MacDonald: Senator, this is the maximum time that we can hold the machine. By law, we cannot hold it any longer. Normally, it would be held the minimum amount of time required to pass it.

Senator Phillips: I realize that, but I do not think you need 90 days to do it. I would like you to give me the reason why you require it for 90 days?

Senator Haidasz: You may have to send it from the Yukon to Ottawa. The mails are slow. It might take 90 days to get from Whitehorse to Ottawa.

Senator Marshall: Does that apply to refrigerators also?

Mr. MacDonald: Senator, we had a situation a few years ago involving Panasonic microwave ovens, and I think it took

[Traduction]

Le sénateur Phillips: Je reviendrai à mon autre question plus tard. Le sénateur Marshall a soulevé la question des inspecteurs. L'énorme pouvoir accordé aux inspecteurs m'inquiète un peu. Pouvez-vous nous dire l'endroit où l'on procède à l'inspection de ces dispositifs?

M. MacDonald: Sénateur, tout dépend du genre de dispositif. L'inspection s'effectue surtout à l'endroit où le dispositif est situé, mais il arrive aussi que le dispositif doive être envoyé au Bureau de la radioprotection à Ottawa. Ordinairement, cependant, l'inspection s'effectuerait chez l'importateur ou chez le fabricant.

Le sénateur Phillips: Quel genre d'inspection faites-vous? Par exemple, lorsqu'on vous apporte un four à micro-ondes ou un appareil à ultra-sons, quel genre d'inspection faites-vous?

M. Waight: Pour certains articles, les inspecteurs procèdent selon un certain ordre d'inspection. Par exemple, dans le cas d'un four à micro-ondes, il s'agira de vérifier s'il y a fuite; l'appareil serait vérifié avec ou sans charge; on vérifiera par ailleurs si l'appareil est conforme aux règlements sur l'étiquetage et si le système de verrouillage de protection fonctionne bien pour empêcher que quelqu'un n'ouvre le four alors que des micro-ondes sont produites. Ce sont là les tests que l'on entreprend au moment de l'inspection.

Le sénateur Phillips: N'est-ce pas vrai que cela prend 90 jours pour vérifier l'étiquetage et le verrouillage? Combien d'étiquettes y a-t-il sur un four à micro-onde?

M. Waight: Il n'y en a pas tellement.

Le sénateur Phillips: Pourquoi gardez-vous l'appareil pendant 90 jours? Pourquoi pas 14?

M. Waight: La procédure veut qu'il y ait des appareils qui arrivent à l'inspection et d'autres qui en sortent. Il y a donc un roulement qui se fait, du temps étant alloué pour le transport dans les deux directions. Bien que l'inspection puisse prendre trois quarts d'heure ou à peu près, on ne peut garantir que l'appareil entrera à l'inspection et en sortira dans les deux heures ou en un jour.

Le sénateur Phillips: Il y a toute une différence entre 90 jours et une heure.

M. MacDonald: Sénateur, nous ne pouvons retenir l'appareil au-delà d'une période donnée. La loi nous l'interdit. Normalement, nous retenons l'appareil le temps minimal qu'il faut pour qu'il subisse l'inspection.

Le sénateur Phillips: Je n'en doute pas, mais je ne pense pas que vous ayez besoin de 90 jours pour faire l'inspection. J'aimerais qu'on me donne la raison pour laquelle il vous faut 90 jours?

Le sénateur Haidasz: L'appareil vous est peut-être envoyé du Yukon à Ottawa. Le courrier est peut-être lent, et cela peut prendre 90 jours pour envoyer un appareil de Whitehorse à Ottawa.

Le sénateur Marshall: Cela s'applique-t-il également aux réfrigérateurs?

M. MacDonald: Sénateur, il y a quelques années, nous devions effectuer l'inspection des fours à micro-ondes de Pana-

[Text]

us about six weeks to complete the entire testing program. It did require a fair amount of time and a fair amount of sets because of the type of defect. In the end, the Panasonic company had to correct all of the sets that were available on the market.

Senator Phillips: I am always reluctant to give authority for detention or retention of equipment for as long as a department might say it requires.

Mr. MacDonald: In the present act, there is no limit, senator.

Senator Phillips: I think you could give some guarantee somewhere in the legislation to proceed at a much faster rate than 90 days. Let us say, for instance, that you have taken microwave equipment from a restaurant in the Yukon down to Ottawa. Senator Haidasz says that will take 90 days. The poor fellow will be out of business before you get the equipment back to him and you probably would not find anything wrong with the oven in any case. I object to that.

While we are on that point, may I have an explanation of 10.2(2) on page 7. Why does the minister want to tell someone to repossess his equipment? The department picked it up and there is nothing wrong with it and the department has taken it from the Yukon down to Ottawa. You write him a registered letter telling him the device is in Ottawa, come and pick it up. If you took it down, why are you not compelled to take it back by the same method as you brought it down?

Mr. MacDonald: Senator, this is a legal mechanism by which we obtain consent, particularly if the manufacturer or owner does not want that set any more. In normal circumstances, we will return the set if we take it away. It would either be taken back or it would be at our cost that it would be taken back.

Senator Phillips: Where in the bill does it say that?

Mr. MacDonald: At the end of that section where it says:

—the owner shall be thereupon deemed to have given the consent mentioned in subsection (1).

This is particularly, I think, if the set is defective.

Senator Phillips: I am speaking of a piece of equipment that—

Mr. MacDonald: If the set was satisfactory, we would take it back. It would be returned at our cost to the owner.

Senator Phillips: Where do you show that in the bill?

Mr. MacDonald: It is not shown.

Senator Phillips: That is my point.

Dr. Waight: Neither is it shown that we will not take it back at our cost.

[Traduction]

sonic, et je pense que le travail nous a pris environ six semaines. Étant donné le genre de défectuosité, et le nombre imposant d'appareils, l'inspection a pris un temps considérable. En fin de compte, la compagnie Panasonic a dû apporter des correctifs à tous les appareils qui se trouvaient sur le marché.

Le sénateur Phillips: J'éprouve toujours de la répugnance à autoriser un ministère de conserver ou de retenir un appareil aussi longtemps qu'il le juge nécessaire.

M. MacDonald: Dans la loi actuelle, il n'existe aucune limite, sénateur.

Le sénateur Phillips: Je pense que vous pourriez au moins insérer dans la loi une certaine garantie que l'inspection se fera en beaucoup moins de temps que 90 jours. Disons, par exemple, que vous avez reçu à Ottawa un appareil à micro-ondes provenant d'un restaurant dans le Yukon. Selon le sénateur Haidasz, cette inspection prendrait 90 jours. Le pauvre type au Yukon aura tout le temps de faire faillite, avant de recevoir son appareil, et il y a peut-être de fortes chances que l'appareil ne soit pas du tout défectueux dans tous les cas. Je m'oppose absolument à ce genre de situation.

Avant de passer à autre chose, j'aimerais qu'on m'explique l'alinéa 10.2(2) de la page 7. Pourquoi le ministre doit-il demander à quelqu'un de reprendre possession d'un appareil? C'est le ministère qui a ramassé l'appareil, qui l'a transporté à Ottawa, et là il s'aperçoit que l'appareil n'a rien de défectueux. Vous envoyez à cette personne une lettre par courrier recommandé lui signifiant que l'appareil se trouve à Ottawa et qu'il doit en reprendre possession. Si c'est vous-même qui avez transporté l'appareil à Ottawa, pourquoi n'êtes-vous pas obligé de le lui rendre de la même façon?

M. MacDonald: Sénateur, il s'agit d'un instrument légal qui nous permet d'obtenir consentement, notamment si le fabricant ou le propriétaire ne désire pas reprendre possession de son appareil. Ordinairement, nous retournerons l'appareil si c'est nous qui l'avons ramassé. L'appareil serait repris par le propriétaire ou il lui serait retourné à nos propres frais.

Le sénateur Phillips: Où exactement lit-on ce que vous venez de dire?

M. MacDonald: À la fin de l'article où il est dit:

... le propriétaire est censé avoir donné le consentement mentionné au paragraphe (1).

C'est particulièrement le cas, si l'appareil est défectueux.

Le sénateur Phillips: Je parle d'une pièce d'équipement qui...

M. MacDonald: Si l'appareil est en bon état de fonctionnement, il sera rendu au propriétaire. Il lui serait retourné à nos propres frais.

Le sénateur Phillips: Où peut-on lire cela dans le projet de loi?

M. MacDonald: Cela n'y figure pas.

Le sénateur Phillips: C'est bien ce que je veux dire.

M. Waight: Et il n'y est pas non plus indiqué que nous ne le rendrons pas à son propriétaire à nos propres frais.

[Text]

Senator Phillips: You have authority to write him and tell him that the set is in Ottawa, to come and pick it up.

Dr. Waight: That is just if it is defective.

Senator Phillips: No, it is not. Clause 10.2 indicates where a device is taken for examination, and there is no implication that there is any violation of the act whatever. It was merely picked up for examination and testing.

Mr. MacDonald: We also have regulations regarding procedures where products are seized and so forth.

Senator Phillips: But regulations are not legislation.

Mr. MacDonald: No, I agree. I also agree that we do not show that particular point.

Senator Phillips: I raised this point in my remarks. What happens in the case where a manufacturer has been out of business for six months and you find out that the device is defective? Originally, it may have met your standards but after a year's use, it becomes defective. Who notifies the customer of that manufacturer who has ceased either to manufacture or import that equipment?

Mr. MacDonald: If the manufacturer no longer exists, then it would be up to the minister and the department to inform the customers that there was a defective device, primarily by press release. If we had a list of the owners, we could notify them.

Senator Phillips: But if you did not have a list?

Mr. MacDonald: Then it would have to be by press release, yes.

Senator Phillips: One further question if I may, Mr. Chairman, and it deals with the regulatory powers. Here again, I am going back to the introduction of the word "genetic". What happens if a video display terminal has been in use for a year and the department suddenly decides that it is a genetic hazard? Under the present regulations, if an X-ray unit is purchased, it can continue to be used. Will the terminal or any other device be allowed further use?

Dr. Waight: Under the present act, I do not think that we have any power to control it. In the amendments, we would have.

Senator Phillips: For an example let us consider a dental X-ray, with which I am familiar. Say you have gone to electric timers but if the dentist does not have an electronic timer on the device he can use it provided he does not attempt to sell it or trade it in any way. Would the same thing apply to devices that are declared to be a genetic hazard?

Dr. Waight: If they are considered to be a genetic hazard then that is a reason for promulgating standards for that type of device. These standards would be applicable to devices under the proposed amendments.

[Traduction]

Le sénateur Phillips: Vous êtes autorisé à écrire au propriétaire et à lui dire que l'appareil se trouve à Ottawa, afin qu'il puisse venir le chercher.

M. Waight: Seulement si l'appareil est défectueux.

Le sénateur Phillips: Pas du tout. Le paragraphe 10.2 indique l'endroit où l'appareil sera inspecté, et il n'y est pas du tout question qu'il y a violation de la loi. L'appareil a simplement été ramassé aux fins d'examen et d'essais.

M. MacDonald: Nous avons aussi des règlements concernant la procédure à suivre lorsque les produits sont saisis et autres choses du genre.

Le sénateur Phillips: Mais règlements et lois sont deux choses différentes.

M. MacDonald: En effet, je suis d'accord. Mais je conviens également que nous n'indiquons pas ce point en particulier.

Le sénateur Phillips: J'ai soulevé ce point dans mes remarques. Qu'arrive-t-il lorsqu'un fabricant ne fait plus affaires pendant six mois et vous vous apercevez que le dispositif est défectueux? Initialement, le dispositif peut avoir répondu à nos normes, mais d'après un an d'usage, il tombe en panne. Qui d'après vous avise le client de ce fabricant qui a cessé soit de fabriquer cet équipement soit de l'importer?

M. MacDonald: Si le fabricant ne fait plus affaires, alors il n'en tient qu'au ministre et au ministère d'informer les clients que le dispositif était défectueux, en publiant d'abord un communiqué. Si nous avions une liste des propriétaires, nous pourrions les avertir.

Le sénateur Phillips: Mais si vous n'aviez pas une liste?

M. MacDonald: Alors, effectivement, nous les aviserions au moyen d'un communiqué.

Le sénateur Phillips: Une autre question, si vous le permettez, monsieur le président, et cela a trait aux pouvoirs de réglementation. Là encore, je remonte à l'introduction du terme «génétique». Qu'arrive-t-il si un écran vidéo après avoir été utilisé pendant un an, le ministère décide soudainement qu'il présente un danger sur le plan génétique? En vertu des règlements actuels, si une unité de radiographie a été achetée, on peut continuer de s'en servir. Ce règlement s'appliquera-t-il à un terminal ou à tout autre dispositif?

M. Waight: En vertu de la loi actuelle, je ne pense pas que nous ayons compétence en la matière. Seule une modification de la loi nous accorderait cette compétence.

Le sénateur Phillips: A titre d'exemple, prenons le cas d'un appareil de radiographie dentaire que je connais bien. Disons qu'on a adopté l'usage de minuteries électriques, mais que si le dispositif du dentiste n'est pas doté d'une minuterie électrique, il peut utiliser son appareil à condition qu'il n'essaie pas de le vendre ou de l'échanger de quelque façon que ce soit. La même chose s'appliquerait-elle aux dispositifs que l'on a déclarés comme présentant un danger sur le plan génétique?

M. Waight: Si ces dispositifs sont considérés comme présentant un danger d'ordre génétique, alors il y a raison suffisante pour promulguer des normes visant ce genre de dispositifs. Ces normes s'appliqueraient aux dispositifs régis par les modifications proposées.

[Text]

Senator Phillips: I realize that. However, say the device is in use now and you publish or promulgate your regulations tomorrow, then what will happen to the machine? That is my question.

Mr. MacDonald: You mean under the proposals?

Senator Phillips: Yes.

Mr. MacDonald: Under the proposals, we would be able to go to the manufacturer and require him to make a correction to the machine or replace it in an extreme case. We would do this under the "defective" clause which we propose making to these regulations. We are now able to control machines which are defective whether or not they have standards.

Senator Phillips: Would the machine be in use even if it is defective? That is to say, will customers still be able to use the machine even if it is still defective?

Mr. MacDonald: There are various mechanisms which we use in cases of this type. If the machine were a hazard in that dentist's office and if we were aware of it, we would send a telex to the dentist tomorrow telling him that the machine should not be used until the manufacturer rectifies the situation or something is done with it.

Senator Phillips: What about the case of video display terminals?

Mr. MacDonald: Do you mean if they are dangerous?

Senator Phillips: Yes.

Mr. MacDonald: We would have to invoke some mechanism which would prevent the machine from being used tomorrow, if the hazard were that severe.

Senator Marshall: How would you find out about that? How would you find out there was a defect in the machine?

Mr. MacDonald: The manufacturer might tell us or we might find it out as a result of our own examinations or as a result of examinations conducted by a provincial agency.

Senator Marshall: So you are saying your inspectors carry out on-going examinations?

Mr. MacDonald: Yes.

Senator Anderson: As I understand it, all machines are inspected at their place of manufacture or as they come across the border; however, you are able to act only in certain cases, is that right?

Mr. MacDonald: That is right.

Senator Anderson: Once this bill is enacted will you be able to act in all cases?

Mr. MacDonald: For instance, if a new laser technology machine came across and we knew it was defective, we could keep it out of the country or put it under seizure.

Senator Anderson: In that way you could keep control of all these devices?

[Traduction]

Le sénateur Phillips: Je le sais. Cependant, en supposant que le dispositif est actuellement en usage et que vous publiez ou promulguiez vos règlements demain, qu'arrive-t-il alors à cet engin? Voilà ma question.

M. MacDonald: Vous voulez dire en vertu des propositions?

Le sénateur Phillips: Oui.

M. MacDonald: En vertu des propositions, nous pourrions nous adresser au fabricant et l'obliger d'apporter les correctifs nécessaires à l'engin ou, au pire de cas, lui demander de le remplacer. Nous agirions ainsi en vertu de l'article portant sur les défauts que nous voulons faire ajouter à ces règlements. Nous sommes actuellement en mesure d'exercer un contrôle sur les machines qui sont défectueuses, que des normes existent ou qu'elles n'existent pas.

Le sénateur Phillips: L'appareil serait-il utilisé, même s'il est défectueux? En d'autres mots, les clients pourront-ils utiliser l'appareil même s'il est encore défectueux?

M. MacDonald: Il existe divers mécanismes que nous utilisons dans des cas de ce genre. Si l'appareil utilisé par le dentiste présentait un danger, et si nous en étions au courant, nous enverrions, dès demain, au dentiste un télégramme lui enjoignant de ne pas utiliser l'appareil tant que le fabricant n'aura pas rectifié le problème ou pris des mesures en conséquence.

Le sénateur Phillips: Et qu'en est-il des écrans vidéo?

M. MacDonald: Vous voulez dire si ces appareils présentent un danger?

Le sénateur Phillips: Oui.

M. MacDonald: Nous aurions recours à un quelconque mécanisme qui empêcherait l'utilisation de l'appareil dès le lendemain, si le danger était grave.

Le sénateur Marshall: Comment le sauriez-vous? Comment pourriez-vous découvrir qu'il y a une défectuosité?

M. MacDonald: Le fabricant pourrait nous avertir ou nous pourrions le découvrir à la suite de nos propres vérifications ou encore grâce aux vérifications faites par un organisme provincial.

Le sénateur Marshall: Ainsi, vous voulez dire que vos inspecteurs procèdent régulièrement à des vérifications?

M. MacDonald: Oui.

Le sénateur Anderson: Si je comprends bien, tous les appareils sont inspectés sur le lieu de la fabrication ou lorsqu'ils traversent la frontière; cependant, vous ne pouvez agir que dans certains cas seulement, est-ce bien cela?

M. MacDonald: C'est exact.

Le sénateur Anderson: Une fois que ce projet de loi est adopté, serez-vous en mesure d'agir dans tous les cas?

M. MacDonald: Par exemple, si un nouvel appareil au laser était introduit et qu'à notre connaissance, il était défectueux, nous serions habilités à interdire son entrée dans le pays où à le saisir.

Le sénateur Anderson: Vous pourriez ainsi exercer un contrôle sur tous ces dispositifs?

[Text]

Mr. MacDonald: That is right.

Senator Marshall: Where does the inspection start? How do you know there is something coming in from another country? Who notifies you in that case? Can you explain the process from start to finish?

Mr. MacDonald: When we put in place the new standard for dental X-ray equipment, we advised the customs department that we wanted all dental equipment detained and, particularly, equipment with which we were not familiar. Some manufacturers submit information in advance; some even submit units in advance for examination. However, we co-operate with the customs people in examining these devices at the place of importation.

Senator Marshall: How do you check out the misleading advertising put out by fly-by-night manufacturers?

Mr. MacDonald: At the moment, we have no requirement for advertising. Advertisements usually appear in medical journals and so forth. We have people scanning these journals for drugs and they would be able to review the type of advertising about which you are speaking.

The Chairman: If there are no further questions, could I have a motion to report the bill to the Senate without amendment?

Senator Cottleau: I so move.

The Chairman: Honourable senators have heard the motion; shall it carry?

Hon. Senators: Agreed.

The committee adjourned.

Ottawa, June 27, 1984

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology, to which was referred Bill C-49, to approve, give effect to and declare valid the Agreement between the Committee for Original Peoples' Entitlement, representing the Inuvialuit of the Inuvialuit Settlement Region, and the Government of Canada and to amend the National Parks Act in consequence thereof, met this day at 5.30 p.m. to give consideration to the bill.

Senator M. Lorne Bonnell (*Chairman*) in the Chair.

The Chairman: Honourable senators, we now have before us Bill C-49, an act to approve, give effect to and declare valid the agreement between the Committee for Original Peoples' Entitlement, representing the Inuvialuit of the Inuvialuit Settlement Region, and the Government of Canada and to amend the National Parks Act in consequence thereof.

We have with us today Mr. J. R. Goudie, who is with the Department of Indian Affairs and Northern Development. He is Director, Claims Policy. We also have with us Mr. Martin Kalson, who is with the Department of Justice; and we have

[Traduction]

M. MacDonald: C'est exact.

Le sénateur Marshall: Cette inspection où commence-t-elle? Comment savez-vous qu'un article doit être introduit dans le pays? Dans ce cas, qui vous avise? Pouvez-vous nous expliquer le processus de A à Z?

M. MacDonald: Lorsque nous avons mis en place la nouvelle norme régissant l'équipement radiologique dentaire, nous avons demandé à l'administration des douanes d'intercepter tout l'équipement dentaire et particulièrement l'équipement qui nous était peu familier. Certains fabricants nous envoient les renseignements à l'avance; il y en a même qui nous font parvenir d'avance des unités entières aux fins d'inspection. Cependant, nous collaborons avec les gens de la douane pour examiner ces dispositifs au moment de l'importation.

Le sénateur Marshall: Comment surveillez-vous la publicité trompeuse faite par les fabricants clandestins?

M. MacDonald: A l'heure actuelle, nous ne nous occupons pas de la publicité. Habituellement, la publicité dans ce domaine est faite dans des revues médicales et autres du genre. Nos collaborateurs parcourent ces revues pour relever les renseignements utiles sur les drogues. Par conséquent, ils seraient en mesure de surveiller ce genre de publicité dont vous parlez.

Le président: S'il n'y a plus d'autres questions à poser pourrais-je avoir une motion pour faire rapport du projet de loi au Sénat sans amendement?

Le sénateur Cottleau: Je le propose.

Le président: Les honorables sénateurs ont entendu la motion: êtes-vous d'accord pour l'adopter?

Des voix: D'accord.

Le Comité est ajourné.

Ottawa, le 27 juin 1984

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie auquel a été déferé le projet de loi C-49, Loi approuvant, mettant en vigueur et déclarant valide la Convention conclue entre le Comité d'étude des droits des autochtones, qui représentent les Inuvialuit de la région désignée, au sens de la Convention, et le gouvernement du Canada, et modifiant la Loi sur les parcs nationaux en conséquence, se réunit aujourd'hui à 17 h 30 pour étudier ledit projet de loi.

Le sénateur M. Lorne Bonnell (*président*) occupe le fauteuil.

Le président: Honorables sénateurs, nous sommes actuellement saisis du projet de loi C-49, Loi approuvant, mettant en vigueur et déclarant valide la Convention conclue entre le Comité d'étude des droits des autochtones, qui représentent les Inuvialuit de la région désignée, au sens de la Convention, et le gouvernement du Canada, et modifiant la Loi sur les parcs nationaux en conséquence.

Nous avons aujourd'hui parmi nous M. J. R. Goudie du ministère des Affaires indiennes et du Nord. Il est directeur de la politique des revendications. Nous avons également avec nous M. Martin Kalson, du ministère de la Justice, ainsi que

[Text]

Ms. Glenys Parry, who is Senior Negotiator, Western Arctic Claims.

Do you have anything you would like to explain to us with respect to the bill, Mr. Goudie? Perhaps you could give us a short resumé of the bill and why we are passing it.

Mr. J. R. Goudie, Acting Assistant Deputy Minister, Office of Native Claims, Department of Indian Affairs and Northern Development: Mr. Chairman, it would be a pleasure. The bill is being presented in order to give force of law to the agreement which has just recently been concluded with the Committee for Original Peoples' Entitlement, which represents the approximately 2,500 Inuvialuit of the Inuvialuit Settlement Region. These are Inuit people in the western Arctic region who reside, mainly, in six communities located within the settlement region defined in the bill.

The claim was first submitted to the Government of Canada in 1977. Negotiations led to an agreement in principle in 1978. There had been interruptions in the negotiations on a few occasions as a result of federal elections up to that point in time. I believe that Senator Steuart made reference to the fact other situations arose within the negotiations wherein, perhaps, the Inuvialuit were not in accord with the government approach. However, some time passed between the agreement in principle and the final agreement stage. The final agreement has been under negotiation for approximately the last two and a half years. The agreement was formally signed at a ceremony which took place in Tuktoyaktuk on June 5, 1984.

Senator Phillips: Could we have some information with respect to what is contained in the agreement? We have heard the history of the agreement but we have not heard any details with respect to it.

Mr. Goudie: Perhaps I could ask Ms. Parry, who was on the negotiating team in the Office of Native Claims throughout the latter part of the negotiations, to outline for you the provisions which are built into the agreement.

Ms. Glenys Parry, Senior Negotiator, Western Arctic Claims, Office of Native Claims, Department of Indian Affairs and Northern Development: Mr. Chairman, I think the principal provisions of the agreement which are of interest to us today are those relating to land and money. The land is divided into two types. I am not too familiar with square kilometres so I hope honourable senators will pardon me if I operate in square miles. There are 5,000 square miles of what are called 7(1)(a) lands, which are around each of the six Inuvialuit communities. To these lands the Inuvialuit will have surface and sub-surface ownership. As well as 700 square miles around each of the six communities, there is an additional 800 square miles within that quantum which lies in the Cape Bathurst area, which is an area designated for special protection.

The other type of land to which the Inuvialuit become entitled, which is called 7(1)(b) land, is land to which they will hold surface title and sand and gravel title but not title to

[Traduction]

M^{me} Glenys Parry, négociateur principal, Revendications de l'Arctique de l'Ouest.

Auriez-vous quelque chose à nous expliquer à l'égard du projet de loi, monsieur Goudie? Vous pourriez peut-être nous en faire un bref résumé et nous exposer la raison pour laquelle nous devons l'adopter.

M. J. R. Goudie, sous-ministre adjoint intérimaire, Bureau des revendications des autochtones, ministère des Affaires indiennes et du Nord: Monsieur le président, ce sera avec plaisir. L'adoption de ce projet de loi nous permettra de donner force de loi à l'accord que nous venons de conclure avec le Comité d'étude des droits des autochtones, qui représente les quelque 2,500 Inuvialuit de la région désignée. Ce sont des Inuit de la région Arctique de l'Ouest qui résident principalement dans six localités au sein de la région désignée définie dans le projet de loi.

C'est en 1977 que les premières revendications ont été présentées au gouvernement du Canada. Les négociations devaient aboutir à un accord de principe en 1978. Elles ont cependant été interrompues à plusieurs reprises en raison des élections fédérales qui ont eu lieu à cette époque. Je crois que le sénateur Steuart a fait allusion à d'autres phases des négociations pendant lesquelles les Inuvialuit n'étaient pas d'accord avec le point de vue du gouvernement. Cependant, il s'est écoulé un certain temps entre l'accord de principe et l'étape définitive de l'accord. La Convention a fait l'objet de négociations qui ont duré environ 2½ ans. Elle a été signée lors d'une cérémonie officielle qui a eu lieu à Tuktoyaktuk, le 5 juin 1984.

Le sénateur Phillips: Pourriez-vous nous donner quelques renseignements sur le contenu de la Convention? Nous en avons entendu l'historique, sans toutefois connaître tous les détails qui l'ont entourée.

M. Goudie: Je pourrais peut-être demander à M^{me} Parry, qui était membre de l'équipe de négociation du Bureau des revendications des autochtones pendant la dernière étape des négociations, de vous donner un aperçu des dispositions qui ont été insérées dans la Convention.

Mme Glenys Parry, négociateur principal, Revendications de l'Arctique de l'Ouest, Bureau des revendications des autochtones, ministère des Affaires indiennes et du Nord: Monsieur le président, je crois que les principales dispositions de l'accord qui nous intéressent aujourd'hui sont celles qui ont trait aux terres et à l'aspect financier. Les terres se divisent en deux catégories. Comme je ne connais pas très bien le système métrique, j'espère que les honorables sénateurs voudront bien m'excuser de leur communiquer les chiffres en milles carrés. Les terres prévues à l'article 7(1)a), qui entourent chacune des six collectivités inuvialuit ont une superficie de 5 000 milles carrés. La surface du sol et le sous-sol appartiendront aux Inuvialuit. En plus des 700 milles carrés qui entourent chacune des six collectivités, il y a 800 autres milles carrés qui se trouvent dans la région de Cape Bathurst, région désignée faisant l'objet d'une protection spéciale.

L'autre catégorie de terres dévolues aux Inuvialuit et dénommées terres 7(1)b), comprend des terres dont ils auront le droit d'utiliser la surface, ainsi que le sable et le gravier,

[Text]

petrochemical resources and minerals in general. Thus, it is a total land quantum of 35,000 square miles.

With respect to the financial compensation aspect of the agreement, as Senator Steuart mentioned in his speech, the core of the financial compensation is \$45 million in 1977 dollars, which comes out to approximately \$152 million in 1984 dollars, to be paid over the period of time extending to 1997.

In addition to the core element, there is what is called an economic enhancement fund of \$10 million, which is to be paid within three months of the signature of the final agreement; and a social development fund which it is hoped will be used to assist the Inuvialuit in the adjustment which will be necessitated by this agreement or, rather, by this rapid progress into the northern economy. That is \$7.5 million which is payable in a lump sum.

In addition, there is provision for participation in various management and screening bodies because those, of course, are elements in the environment in which the Inuvialuit live.

Senator Yuzyk: This is a very important bill.

The Chairman: Which is why we are passing it today.

Senator Yuzyk: That is why we could not afford to pass it in the Senate without having it referred to committee. The reason the bill was referred to committee is because we did not have the agreement before us. After all, the bill deals with the agreement. I understand that not only the federal government but the governments of the Northwest Territories and the Yukon have approved of the agreement, is that right?

Ms. Parry: Yes, but they did not sign as parties.

Senator Yuzyk: I believe 81 per cent of the Inuvialuit people approved the agreement, which indicates the negotiations were successful. I would like to commend you for reaching such a solution, one which it has been virtually impossible to reach with some of the other peoples in the north. I believe this agreement will set a precedent.

I am concerned about a number of matters. You are dealing here with native people as a whole. I do not think there is any mention of any individual rights in the bill at all, and in dealing with these people you are working through their organized bodies. Since this is all new to me, which is the body that really represents the Inuvialuit people?

Mr. Goudie: Senator, in the negotiations the representative group is the Committee for Original Peoples' Entitlement, which is an organization put together by the Inuvialuit themselves. As Senator Steuart mentioned in his remarks in the Senate, these representatives were mandated on a yearly basis, and sometimes more often. They would report back to the membership with respect to what was taking place in the

[Traduction]

mais sans pouvoir revendiquer de droits sur les ressources pétrochimiques ni aucun droit minier en général. Ainsi, il s'agit d'une superficie globale de 35 000 milles carrés.

En ce qui concerne les indemnités pécuniaires prévues dans l'accord, comme l'a mentionné le sénateur Steuart dans son intervention, elles s'élèvent pour l'essentiel à 45 millions de dollars de 1977, ce qui revient à environ 152 millions en dollars de 1984, qui doivent être versés sur une période allant jusqu'à 1997.

En plus de cet élément central, il y a ce que l'on appelle un fonds de développement économique de 10 millions de dollars qui doit être constitué et versé dans les trois mois qui suivent la signature de la convention finale; il y a également un fonds de développement social qui, espère-t-on, sera utilisé pour aider les Inuvialuit à s'adapter aux nouvelles conditions créées par cette convention ou, plutôt, par cette rapide progression de l'économie du Nord. Il s'agit du versement d'un montant forfaitaire de 7,5 millions de dollars.

En outre, la Convention prévoit une participation à de divers organismes de gestion et de surveillance, étant donné qu'il s'agit évidemment d'éléments de l'environnement dans lequel vivent les Inuvialuit.

Le sénateur Yuzyk: Il s'agit d'une très importante mesure législative.

Le président: Et c'est la raison pour laquelle nous l'adoptons aujourd'hui même.

Le sénateur Yuzyk: C'est la raison pour laquelle nous ne pouvions nous permettre de l'adopter au Sénat sans la renvoyer au Comité. Si le Comité en a été saisi, c'est parce que nous n'avions pas en mains la Convention en question. Après tout, c'est sur elle que porte le projet de loi. Si je comprends bien, elle a été approuvée non seulement par le gouvernement fédéral mais aussi par les gouvernements des Territoires du Nord-Ouest et du Yukon, n'est-ce pas?

Mme Parry: En effet, mais ces gouvernements n'en étaient pas signataires.

Le sénateur Yuzyk: Je crois que 81 p. 100 de la population Inuvialuit ont approuvé la Convention, ce qui montre que les négociations ont été couronnées de succès. J'aimerais vous féliciter d'avoir abouti à une telle solution, qu'il a pratiquement été impossible d'atteindre avec certains autres peuples du Nord. Je crois que cette Convention constituera un précédent.

Il y a un certain nombre de questions qui me préoccupent. Nous avons affaire ici à un groupe d'autochtones. Le projet de loi ne fait pas du tout mention de droits individuels; en somme, nous traitons avec ces populations par l'intermédiaire d'organismes structurés qui les représentent. Étant donné que le sujet est tout à fait nouveau pour moi, pourriez-vous me dire quel est l'organisme qui représente vraiment les Inuvialuit?

M. Goudie: Sénateur, dans les négociations, le groupe qui les représente est le Comité d'étude des droits des autochtones, organisme créé par les Inuvialuit eux-mêmes. Comme le sénateur Steuart l'a mentionné dans ses remarques au Sénat, ces représentants avaient un mandat d'un an et parfois moins. Ils rendaient compte aux membres du déroulement des négocia-

[Text]

negotiations, the approach they were taking in order to ensure they were in fact representing the will of the people.

I would suggest that because 80 per cent of the eligible voters have signified approval of the agreement that it is a rather significant situation.

Senator Yuzyk: Has there been a debate on this among the people themselves? Have they been given the opportunity to debate the provisions of the agreement?

Ms. Parry: There were two information tours after the agreement had been reached and endorsed by Cabinet. The first tour was conducted through the six communities by the Committee for Original Peoples' Entitlement. Public meetings were held and questions answered. The second tour was a joint federal government-COPE tour through the same communities, with the same format.

As you are aware, a body called the Inuvialuit Action Group did express some dissent in relation to some of the provisions of the agreement. However, we felt that it was very significant that substantial majorities were obtained in each of the six communities when it came to the vote. Certainly I think there was generous opportunity for people to obtain additional information and to express their objections, as well as to receive reassurance on the various provisions of the agreement itself.

Senator Yuzyk: What were the main objections to this agreement? Can you give us those in point form?

Ms. Parry: The Inuvialuit Action Group advocated a cash settlement only, with no ownership of land. It was their feeling that cash was worth more than land. But in the negotiations themselves the Inuvialuit placed great emphasis on the ownership of land as a prerequisite to the retention of their traditional lifestyle. We were clearly of the view that the majority opinion was land ownership oriented.

Senator Yuzyk: As I understand it, then, there is no individual ownership of land among these people.

Ms. Parry: Not in the sense that individuals would own specific plots, no. It is a corporate approach.

Senator Yuzyk: It is what I would call a collective or communal approach?

Ms. Parry: Yes.

Senator Yuzyk: And is that the way they prefer to have it?

Ms. Parry: Yes.

Senator Steuart: Isn't that similar to the treaties with the Indian population? Certainly under Treaty 6 and Treaty 7 the reservations are owned collectively, with no individual ownership of the lands comprising the reservations.

Mr. Goudie: It is a collectivity, yes. The land is owned by the band as an entity. The band must vote en bloc to determine what will happen to the land. Within the overall ownership of the land, the band councils can make allotments to individuals. The Inuvialuit under this agreement would have the capacity

[Traduction]

tions et de la procédure qu'ils suivaient afin qu'il n'y ait aucun doute sur leur représentativité.

Le fait que la Convention ait été approuvée par les électeurs admissibles dans une proportion de 80 p. 100 est assez révélateur, selon moi.

Le sénateur Yuzyk: Y a-t-il eu un débat sur cette question chez les Inuvialuit? Leur a-t-on donné l'occasion de discuter des dispositions de la Convention?

Mme Parry: Il y a eu deux voyages d'information une fois que la Convention a été signée et approuvée par le cabinet. Le Comité d'étude des droits des autochtones a effectué le premier voyage au sein des six collectivités. Il y a tenu des réunions publiques et a répondu aux questions. Le deuxième voyage a été effectué conjointement par des représentants du gouvernement fédéral et du CEDA qui ont visité les mêmes collectivités et ont suivi le même programme.

Comme vous le savez, un organisme appelé *Inuvialuit Action Group* a manifesté une certaine opposition à plusieurs dispositions de la Convention. Cependant, nous avons jugé qu'il était très révélateur qu'une forte majorité au sein des six collectivités ait voté en faveur de cet accord. En tout cas, je crois que les gens ont eu amplement l'occasion d'obtenir des renseignements complémentaires et de faire connaître leurs objections tout en recevant de nouvelles assurances sur les diverses dispositions de la Convention elle-même.

Le sénateur Yuzyk: Quelles étaient les principales objections à cette Convention? Pourriez-vous nous les énumérer?

Mme Parry: L'*Inuvialuit Action Group* préconisait uniquement un règlement en espèces, sans aucun droit de propriété sur les terres. Ils étaient d'avis qu'un règlement pécuniaire avait plus de valeur que les terres. Mais pendant les négociations proprement dites, les Inuvialuit ont fait valoir avec insistance que la possession des terres était indispensable à la protection de leur mode de vie traditionnelle. Nous avons eu la nette impression que la majorité penchait pour l'acquisition du territoire.

Le sénateur Yuzyk: Ainsi, si je comprends bien, ces populations ne connaissent pas la propriété individuelle.

Mme Parry: Pas dans le sens où un particulier possède une parcelle de terrain, non. Il s'agit d'un arrangement collectif.

Le sénateur Yuzyk: Est-ce bien ce que j'appellerais une approche collective ou communautaire?

Mme Parry: Oui.

Le sénateur Yuzyk: Et c'est ce qu'ils préfèrent?

Mme Parry: En effet.

Le sénateur Steuart: N'est-ce pas semblable aux traités conclus avec les Indiens? En vertu des Traités 6 et 7, les réserves appartiennent à la collectivité, les terres qui les constituent n'appartenant à personne en particulier.

M. Goudie: En effet, il s'agit d'un arrangement collectif. Les terres appartiennent à la bande en tant qu'entité. Les membres de la bande doivent voter en bloc pour déterminer ce qu'il en adviendra. Dans ce cadre global, les conseils de bande peuvent allouer des terrains aux particuliers. En vertu de cette Conven-

[Text]

to allocate parcels of land to specific individuals within the Inuvialuit community. The land cannot be sold to individuals outside of the Inuvialuit community. This is an attempt on the part of the Inuvialuit to protect that very important element of the settlement for future generations.

Senator Yuzyk: Particularly their hunting and fishing rights.

Mr. Goudie: That is right.

Senator Yuzyk: While this agreement is now in the process of being approved by Parliament, Parliament had no input in its formulation. Can this agreement be revised in any way, or is the agreement as it now stands final?

Mr. Goudie: This agreement is the result of negotiations conducted by all of the parties, the two main parties being the Inuvialuit themselves and the Government of Canada. In the negotiation process, we had direct involvement on the part of the two territorial governments. As has been pointed out, the two territorial governments have signified their concurrence with the agreement, and they have done that by signing the agreement as members of the federal team. The Inuvialuit gave a mandate to the Committee for Original Peoples' Entitlement to conduct the negotiations on their behalf. That same situation applied on the federal side through Cabinet.

Senator Yuzyk: So, there is a possibility that in the future the agreement could be revised? There is a mechanism for revision?

Mr. Goudie: There is provision in sections of the agreement for amendment, provided there is concurrence on both sides.

Senator Yuzyk: I will pass for now, Mr. Chairman.

Senator Adams: I believe it was mentioned during the course of the debate on the motion for the second reading of the bill that the Inuvialuit do not have mineral rights under this agreement. Why is that? COPE's position from the outset was that the Inuvialuit should have mineral and oil rights in respect of the land in question.

Senator Steuart: The Inuvialuit under the agreement would have total ownership of all oil and gas and minerals contained in 5,000 square miles of land. As to the rest of the land, they have surface rights and gravel rights only. They do not have mineral rights.

Senator Phillips: Why the difference between the two classes of land?

Ms. Parry: Given the number of Inuvialuit, if they were to receive surface and sub-surface rights to 35,000 square miles, it would in fact put them in a semi-monopolistic position vis-à-vis other residents of the North. That was the basis upon which the distinction was made. It was felt just that they should own absolutely the lands around their communities. When we branched out into this wider sphere—which, as was pointed out yesterday in the House of Commons, involves an area the size of Newfoundland and the other Atlantic provinces combined—it was felt that that simply would not fly.

[Traduction]

tion, les Inuvialuit auraient le pouvoir d'allouer des parcelles de terrain à certains individus au sein de la collectivité. Les terres ne peuvent être vendues à des particuliers venant de l'extérieur de la collectivité Inuvialuit. Ils veulent ainsi protéger cet important élément de leur région désignée pour les générations à venir.

Le sénateur Yuzyk: Et particulièrement leurs droits de chasse et de pêche.

M. Goudie: C'est exact.

Le sénateur Yuzyk: Bien que cette Convention soit actuellement en voie d'être approuvée par le Parlement, celui-ci n'a pas participé à sa formulation. Cet accord peut-il être révisé ou est-il définitif?

M. Goudie: Cet accord est le résultat de négociations menées par toutes les parties en cause, les deux principales étant les Inuvialuit eux-mêmes et le gouvernement du Canada. Les deux gouvernements territoriaux ont participé directement au processus de négociation. Comme on l'a signalé, les deux gouvernements territoriaux ont signifié qu'ils approuvaient la Convention en paraphant le document en leur qualité de membres de l'équipe fédérale. Les Inuvialuit ont chargé le Comité d'étude des droits des autochtones de conduire les négociations en leur nom. De même, du côté fédéral, c'est le cabinet qui en a été chargé.

Le sénateur Yuzyk: Ainsi, il y a possibilité qu'à l'avenir la Convention soit révisée? Le document prévoit un mécanisme à cette fin?

M. Goudie: Certains articles de la Convention prévoient des modifications, à condition que les deux parties soient d'accord.

Le sénateur Yuzyk: C'est tout pour le moment, monsieur le président.

Le sénateur Adams: Au cours du débat sur la motion portant deuxième lecture du projet de loi, on a mentionné, je crois, que la présente Convention n'accorde aucun droit minier aux Inuvialuit. J'aimerais savoir pourquoi. Je sais que dès le début des négociations, le CEDA était d'avis que les Inuvialuit devraient avoir des droits miniers et des droits d'extraction du pétrole en ce qui concerne les terres en question.

Le sénateur Steuart: En vertu de la Convention, les Inuvialuit seraient propriétaires de toutes les ressources pétrolières, gazières et minérales contenues dans les 5,000 milles carrés de terre. Quant au reste, ils n'ont que des droits d'utilisation de la surface et du gravier. Ils n'ont aucun droit minier.

Le sénateur Phillips: Pourquoi fait-on une distinction entre ces deux catégories de terre?

Mme Parry: Étant donné le nombre d'Inuvialuit, s'ils devaient obtenir le droit d'utiliser la surface et le sous-sol pour les 35,000 milles carrés, cela les mettrait en position semi-monopolistique vis-à-vis des autres résidents du Nord. C'est ce qui explique la distinction. On a simplement jugé qu'ils devraient être les seuls propriétaires des terres entourant leurs collectivités. Lorsque nous avons commencé à envisager ce grand territoire qui, comme on l'a souligné hier à la Chambre des communes, est de la dimension de Terre-Neuve et des

[Text]

Senator Adams: You have mentioned gravel rights and the limitation of so many miles. Does that limitation relate to the hamlet boundary? A lot of the hamlets would have a boundary taking in a 25-mile radius. Are the lands in that case controlled by the community, or is everything controlled under the COPE settlement?

Mr. Goudie: The communities are organized pursuant to the municipalities ordinance of the territories. They are completely separate entities. In Sachs Harbour, for instance, which is predominantly Inuvialuit—there are very few non-Inuvialuit people living there. There is a hamlet corporation, but that corporation was set up pursuant to the municipalities ordinance of the Northwest Territories and not the Inuvialuit themselves as part of the land claims process.

Senator Adams: Are the people living in the area of those communities eligible for benefits under the COPE settlement?

Mr. Goudie: If they meet the criteria established in the agreement, they will receive the benefits of the settlement.

Senator Adams: The people living in the area between Inuvik and Aklavik, to give just one example, are fairly mixed. There can be a fair amount of mixture as between the Indians and the Inuvialuit, and as well there are some white people who have lived there for a very long time. How are all of those people affected by this agreement? Are those persons who have been long-term residents of these areas not entitled to a share in the settlement?

Mr. Goudie: The only persons who are entitled to benefit from this agreement are Inuvialuit beneficiaries as determined through the criteria contained in the agreement. There are areas that are used in common by the Inuvialuit and the Dene-Métis. An agreement has been reached between the Inuvialuit and the Dene-Métis in respect of the sharing of resources. Those native people who have had traditional use and occupancy of that land within the Inuvialuit settlement region will be allowed to continue the use and occupancy of the land on that basis.

Senator Adams: You have said that the 2,500 Inuvialuit are entitled to the benefits under the agreement, but there are other people living in these areas. How are those people affected by this? Having been a long-term resident up there, I might even be entitled to a claim. Is there any clause in the agreement covering that type of situation?

Mr. Goudie: The negotiations are conducted between the Government of Canada and the native people. It is the policy of the Government of Canada to negotiate with native people based on traditional use and occupancy of the land. There is no provision within our mandate and our policy to negotiate with non-native people. However, their interests are taken into account.

[Traduction]

autres provinces atlantiques réunies, on a jugé que c'était pratiquement impossible.

Le sénateur Adams: Vous avez parlé du droit d'utiliser le gravier ainsi que d'une limite de tant de milles. Cette limite équivaut-elle à celle d'un hameau? La superficie d'un bon nombre de hameaux aurait un rayon de 25 milles. Les terres sont-elles dans ce cas contrôlées par la collectivité, ou tout est-il contrôlé dans le cadre de l'accord conclu par le Comité d'étude des droits des autochtones?

M. Goudie: Les collectivités sont organisées conformément aux arrêtés municipaux des territoires. Elles constituent des entités complètement distinctes. A Sachs Harbour, par exemple, qui est essentiellement inuvialuit, les non-Inuvialuit qui vivent là sont rares. Il y a une corporation municipale de hameau, mais elle a été instituée conformément aux arrêtés municipaux des Territoires du Nord-Ouest et ne relève pas des Inuvialuit eux-mêmes dans le cadre du processus de revendication territoriale.

Le sénateur Adams: Les personnes qui vivent dans les environs de ces collectivités jouissent-elles des avantages prévus dans la Convention conclue par le CEDA?

M. Goudie: Si elles répondent aux critères de la Convention, elles en bénéficieront.

Le sénateur Adams: Les personnes qui vivent dans la région située entre Inuvik et Aklavik, à titre d'exemple, sont assez mélangées. Il peut y avoir un mélange assez considérable entre Indiens et Inuvialuit et il y a aussi un certain nombre de Blancs qui vivent dans cette région depuis très longtemps. De quelle façon sont-ils touchés par cette Convention? Les résidents de longue date ont-ils droit à quelque chose aux termes de cet accord?

M. Goudie: Les seules personnes qui ont le droit de bénéficier de cette Convention sont les Inuvialuit qui répondent aux critères fixés par elle. Certaines régions sont utilisées en commun par les Inuvialuit et les Dénés-Métis. Un accord a été conclu entre ces deux groupes concernant le partage des ressources. Les autochtones, qui ont utilisé et occupé traditionnellement des terres situées dans la région des Inuvialuit continueront de le faire.

Le sénateur Adams: Vous avez dit que 2,500 Inuvialuit ont droit aux avantages prévus dans la Convention, mais d'autres populations vivent dans ces régions. De quelle façon sont-ils touchés par cette Convention? Étant résidents depuis longtemps, ils pourraient faire valoir certaines revendications. Y a-t-il un article dans la Convention qui prévoit ce genre de situation?

M. Goudie: Il y a eu des négociations entre le gouvernement du Canada et les autochtones. Le gouvernement a pour politique de tenir compte de l'utilisation et de l'occupation traditionnelles des terres dans ses négociations avec les autochtones. Il n'y a rien dans notre mandat et notre politique qui prévoit des négociations avec les peuples non autochtones. Toutefois, on tient compte de leurs intérêts.

[Text]

Senator Adams: What happens in the situation where a white person has married an Inuk? In that case, is the family entitled to have ownership rights?

Mr. Goudie: They may be entitled to benefit under the provisions of the eligibility criteria as a family unit.

Ms. Parry: There is provision for community recognition of people as honorary Inuvialuit, thereby allowing them to benefit under the settlement. There were very few so recognized, but it is a provision that is available.

Also, there are some native peoples who are eligible to benefit under two settlements. If there is a Dene-Métis settlement in the future, they would be eligible under that. At the moment they are eligible under the Inuvialuit settlement.

The agreement contains a provision whereby they have a ten-year period during which they can choose to forego the Inuvialuit settlement and accept whatever other settlement they would be entitled to participate in. There is a certain flexibility in that respect.

Senator Watt: As I understand it, the land in question falls into two categories, as set out in Clause 7(1)(a) and (b). Under paragraph (a) they would have outright ownership of the land, and under subparagraph (b) the Inuvialuit would have exclusive use of a certain geographical area?

Mr. Goudie: Both categories of land entail ownership of the land. In Clause 7(1)(a) the ownership is all-inclusive; that is, it includes oil and gas and other mineral rights. Under subparagraph (b) the Inuvialuit would have surface rights only. But both categories would involve title to the land being with the Inuvialuit.

Senator Watt: You have mentioned surface and subsurface rights. You have also mentioned sand and gravel rights. Does that mean that the Inuvialuit would have the right to receive compensation in the case where a developer comes in to exploit the subsurface rights? In that case, would they have the right to be compensated above and beyond the rights they have in respect of the sand and gravel?

Mr. Goudie: You are speaking now in relation to those land areas where the Inuvialuit do not have oil and gas rights and mineral rights?

Senator Steuart: Those lands coming under Clause 7(1)(b)?

Senator Watt: Yes.

Mr. Goudie: Yes, they would. There is provision in the agreement for companies to go on the land to develop the oil and gas or other mineral deposits. The manner in which such substances would be extracted is subject to agreement with the Inuvialuit. An agreement would have to be worked out between the developer and the Inuvialuit in respect of the benefits the Inuvialuit would receive flowing from the development of these resources.

Senator Watt: Under subparagraph (a) the Inuvialuit would have subsurface rights over an area of 5,000 square miles.

[Traduction]

Le sénateur Adams: Qu'arrive-t-il dans le cas de mariage entre Blancs et Inuit? La famille jouit-elle alors des droits de propriété?

M. Goudie: Elle a droit aux avantages prévus conformément aux dispositions concernant les critères d'admissibilité en tant qu'unité familiale.

Mme Parry: Il y a une disposition prévoyant qu'ils peuvent être reconnus comme membres de la collectivité à titre d'Inuvialuit honoraires, ce qui leur permettra de jouir des droits prévus par la Convention. Il y en a très peu qui sont ainsi reconnus, mais il existe une disposition à cet égard.

Il y a également certains peuples autochtones qui ont droit aux avantages prévus dans deux accords. Ce serait le cas des Dénés-Métis si plus tard une convention est conclue avec eux. Actuellement, ils peuvent faire valoir leurs droits aux termes de la Convention avec les Inuvialuit.

La Convention comprend une disposition leur allouant une période de dix ans durant laquelle ils peuvent choisir de renoncer à la Convention avec les Inuvialuit et d'accepter tout autre règlement auquel ils auraient droit. L'accord offre une certaine souplesse à cet égard.

Le sénateur Watt: Si je comprends bien, les terres en question sont de deux catégories, établies aux alinéas 7(1)a) et b). Aux termes de l'alinéa a) les terres leur appartiendraient complètement tandis qu'aux termes de l'alinéa b) ils auraient droit à une utilisation exclusive d'une certaine région géographique?

M. Goudie: Il s'agit de droits de propriété sur les deux catégories de terres. D'après l'alinéa 7(1)a), ces droits embrassent tout, c'est-à-dire l'extraction du pétrole et du gaz et les autres droits miniers. Aux termes de l'alinéa b) les Inuvialuit détiennent seulement le droit d'utiliser la surface du sol. Mais dans les deux cas, les Inuvialuit détiennent des droits de propriété sur les terres.

Le sénateur Watt: Vous avez mentionné le droit d'utiliser la surface du sol et le sous-sol. Vous avez aussi mentionné le droit d'utiliser le sable et le gravier. Cela signifie-t-il que les Inuvialuit auraient droit à une indemnisation dans le cas où une entreprise exploiterait les ressources du sous-sol? Dans ce cas, ils auraient droit à une indemnisation en plus du droit d'utilisation du sable et du gravier qu'ils détiennent?

M. Goudie: Vous parlez maintenant des régions où les Inuvialuit ne détiennent pas les droits d'extraction du pétrole et du gaz ainsi que les droits miniers?

Le sénateur Steuart: Les terres prévues à l'alinéa 7(1)b)?

Le sénateur Watt: Oui.

M. Goudie: Oui, ils y auraient droit. Il existe une disposition dans la Convention permettant aux entreprises d'exploiter le pétrole et le gaz ainsi que les autres minéraux. La méthode d'extraction de ces produits doit faire l'objet d'un accord avec les Inuvialuit. Un accord devra être négocié entre l'entreprise et les Inuvialuit au sujet des indemnités que recevraient les Inuvialuit par suite de l'exploitation de ces ressources.

Le sénateur Watt: Aux termes de l'alinéa a) les Inuvialuit détiendraient les droits d'exploitation du sous-sol sur une

[Text]

Could you indicate to us where those lands are located? Is it an area that has already been surveyed by the developers? I am wondering what the situation is in relation to oil and gas and mineral resources. Are you already convinced that there are no such resources underneath those 5,000 square miles?

Ms. Parry: The stipulation in our negotiations was that Clause 7(1)(a) lands could not include lands which had proven oil and gas reserves. While it is possible that in the future something may be discovered, there was an express prohibition against selection of lands in areas containing proven oil and gas reserves.

Senator Watt: So, there is no clear indication in terms of whether or not there is or isn't anything underneath in the way of resources?

Mr. Goudie: There are in certain areas. In and around Aklavik, Shell is carrying out an exploration program, and that could certainly result in a particular find. If that is the case, the Inuvialuit, through the process of the agreement to be worked out, would be in a position to benefit as a result of any resources that are extracted from that area. Who knows at this point in time what the potential is in these areas? The Inuvialuit negotiated the selection of the lands. It was not imposed upon them. It was a negotiated process.

Senator Watt: Was the land selection negotiated politically?

Mr. Goudie: I am not sure what you mean, Senator Watt.

Senator Watt: Did the Inuvialuit have sole discretion in terms of indicating what lands they wanted, or was it done on the basis of give and take?

Mr. Goudie: Well, the negotiation process is a process of give and take, as you can appreciate. The Inuvialuit outlined their preferences, and then the government collectively would respond to that position—and when I say “collectively” I mean the federal and territorial governments. It was a negotiation process.

Ms. Parry: The Inuvialuit had expert advice in terms of land selection, as they did in all other matters.

Senator Watt: Were there mining experts—engineers and so on—involved in the land selection advice.

Mr. Goudie: They had very good technical advice.

Senator Watt: Let me now deal with the financial aspect of the agreement. Do individual Inuit have any access to the capital that will be received by the corporation?

Ms. Parry: Not unless the corporation so elected. At present the only written-in possibility is for the disbursement of profits, and that would be at the determination of the corporation. It may or may not be undertaken. The reason for this tight control is to safeguard the monetary value of the settlement for future generations of Inuvialuit.

[Traduction]

superficie de 5,000 milles carrés. Pourriez-vous nous dire où sont situées ces terres? S'agit-il d'une région qui a déjà fait l'objet de levés topographiques par d'éventuels promoteurs? Je me demande quelle est la situation en ce qui concerne les ressources pétrolières et gazières ainsi que les ressources minérales. Êtes-vous assurés qu'il n'y a aucune ressource sous ces 5,000 milles carrés?

Mme Parry: Au cours de nos négociations, il a été stipulé que les terres figurant à l'alinéa 7(1)a) ne comprendraient pas celles où il existe des réserves prouvées de pétrole et de gaz. Il est possible que certaines découvertes aient lieu plus tard, mais il a été expressément interdit de choisir des terres dans les régions contenant des réserves prouvées de pétrole et de gaz.

Le sénateur Watt: Donc, on ne sait pas exactement s'il existe ou non des ressources sous la surface?

M. Goudie: Il y en a dans certaines régions. A Aklavik et aux environs, Shell a entrepris un programme d'exploration qui pourrait bien mener à une découverte. Dans ce cas, les Inuvialuit, par voie de négociations, seraient en mesure d'obtenir des indemnités pour l'extraction des ressources dans cette région. Qui connaît actuellement le potentiel de ces régions? Les Inuvialuit ont négocié le choix des terres. Il ne le leur a pas été imposé. Il y a eu des négociations.

Le sénateur Watt: De quelle façon s'est faite la sélection des terres sur le plan politique?

M. Goudie: Je ne sais pas exactement ce que vous voulez dire, sénateur Watt.

Le sénateur Watt: Les Inuvialuit avaient-ils l'entière liberté d'indiquer les terres qu'ils voulaient ou s'agissait-il plutôt d'un marchandage?

M. Goudie: Eh bien, le processus de négociation comporte toujours un marchandage, comme vous le savez. Les Inuvialuit ont indiqué leurs préférences et le gouvernement a alors répondu de façon collective—et lorsque je dis «collective», je veux dire le gouvernement fédéral et celui des Territoires. Il s'agissait bien de négociations.

Mme Parry: Les Inuvialuit ont été conseillés par des spécialistes sur le choix des terres, comme pour toutes les autres questions.

Le sénateur Watt: Y a-t-il eu des spécialistes de l'exploitation minière—des ingénieurs, et autres—qui ont participé au choix des terres?

M. Goudie: Ils ont obtenu de très bons conseils techniques.

Le sénateur Watt: Permettez-moi maintenant de traiter de l'aspect financier de la Convention. Les Inuit ont-ils accès aux capitaux que recevra la Société?

Mme Parry: Non, à moins que la Société n'en décide ainsi. Actuellement, la seule disposition écrite prévoit le partage des profits et ce serait au gré de la Société inuvialuit de développement. Celle-ci est libre de le faire ou non. Ce contrôle rigoureux a pour but de protéger la valeur monétaire des terres pour les futures générations d'Inuvialuit.

[Text]

Senator Watt: Are there any water rights provided in this agreement?

Mr. Goudie: The Inuvialuit will have title to the beds of the water areas, with the exception of the navigable waters. In all cases the water bodies themselves will come under the jurisdiction and control of the government.

Senator Watt: Let me turn now to the matter of preferential rights. What happens in the situation where an Inuk is in partnership with a non-Inuk—and that non-Inuk might live in Winnipeg or Edmonton, or wherever—and together they tender on a contract to be awarded in relation to some activity that is being carried out on these lands. Would that individual Inuk be protected from the collectivity of the corporation? What would happen in that case?

Mr. Goudie: In most cases the corporations established by the Inuvialuit would be those who would become involved in such activities. There are situations, of course, where contracts could be entered into with individuals. The settlement is to provide for the betterment, to the extent possible, of the Inuvialuit people. While there is the possibility that such partnerships as you speak of could be formed, there would be no preferential rights accorded to such partnerships. If the Inuvialuit involved in such a partnership were an Inuvialuit within the Inuvialuit settlement region and provided that the Inuvialuit is the predominant owner of the partnership, the partnership would then come under the provisions of the agreement whereby the government would use its best efforts in order to try to provide the maximum benefits to the Inuvialuit.

Senator Watt: I understand that. My question really is whether an individual Inuk who is involved in his own enterprise would be protected from the collective rights of the corporation. In a situation of collectiveness, the majority rules. I am wondering whether you have any safety mechanism built into the agreement to protect the individual Inuk who might be involved in an enterprise. For example, it might be that the individual entrepreneur who is an Inuk should have first crack at a contract and not the corporation. What happens to those who are already involved in their own businesses? Does this agreement mean that those individuals could lose their businesses?

This is a concern that has been highlighted to me by some of the people in the North. I am not trying to discredit the agreement. I support the agreement. I am simply highlighting the fact that there may be some difficulties with it. At one time I came out strongly in support of the James Bay Agreement, and a few years later we ran into all kinds of problems in that regard.

Ms. Parry: The best answer I can give you, Senator Watt, is to point out that there is nothing in the agreement that would preclude an individual Inuvialuit from bidding on any contract. The government's best offices are offered only when all conditions are equal in that the best contract comes from the Inuvialuit. If there were two equally wonderful bids, one from an individual Inuvialuit and one from the Inuvialuit Development Corporation, I do not know how they would be adjudged. I would suggest to you, however, that, while it could happen, it would be a very infrequent occurrence.

[Traduction]

Le sénateur Watt: Y a-t-il des droits concernant les cours d'eau dans cette Convention?

M. Goudie: Les Inuvialuit auront des droits sur le lit des cours d'eau de la région, à l'exception des voies navigables. Dans tous les cas, les cours d'eau relèveront de la compétence et du contrôle du gouvernement.

Le sénateur Watt: Passons maintenant aux droits préférentiels. Que se produit-il dans le cas où un Inuk est partenaire d'un non-Inuk—que ce non-Inuk vive à Winnipeg ou Edmonton, ou ailleurs—et que conjointement ils présentent une soumission pour un contrat à adjudger pour certains travaux entrepris sur ces terres. Les droits individuels de cet Inuk seront-ils protégés contre les droits collectifs de la Société? Que se produirait-il dans ce cas?

M. Goudie: La plupart du temps, les sociétés établies par les Inuvialuit seraient celles qui participeraient à ces travaux. Il y a évidemment des cas où des contrats pourraient être signés avec des particuliers. Le règlement se ferait, dans la mesure du possible en faveur des Inuvialuit. Même s'il est possible que des sociétés comme celle dont vous parlez soient formées, elles ne jouiraient d'aucun droit préférentiel. Si l'Inuvialuit qui en fait partie habite dans la région des Inuvialuit et pourvu qu'il soit le principal associé, la société relèverait alors des dispositions de la Convention qui prévoient que le gouvernement ferait tous les efforts possibles pour essayer d'offrir le maximum d'avantages à l'Inuvialuit.

Le sénateur Watt: Je comprends. Ma question tend en réalité à savoir si un Inuk qui a sa propre entreprise serait protégé contre les droits collectifs de la Société. Dans le cas de droits collectifs, la majorité l'emporte. Je me demande si des mécanismes ont été prévus dans la Convention pour protéger l'Inuk qui pourrait participer à une entreprise. Ainsi, il pourrait arriver qu'un entrepreneur inuk soit le premier à obtenir un contrat et non la société. Qu'arrive-t-il dans le cas de ceux qui ont déjà leur propre entreprise? Cette Convention signifie-t-elle qu'ils pourraient perdre leur affaire?

C'est une préoccupation qui a été exprimée par certains dans le Nord. Je n'essaie pas de discréditer la Convention. Je l'appuie. Je veux simplement souligner le fait qu'il peut y avoir certaines difficultés. A un moment donné, j'ai fermement appuyé la Convention de la Baie James, et quelques années plus tard, nous avons eu toutes sortes de problèmes à cet égard.

Mme Parry: La meilleure réponse que je puisse vous donner, sénateur Watt, est de souligner qu'il n'existe aucune disposition dans la Convention qui empêcherait un Inuvialuit de présenter une soumission. Les services du gouvernement ne sont offerts que lorsque toutes les conditions sont égales et en faveur des Inuvialuit. Dans le cas où il y aurait deux excellentes soumissions, l'une d'un Inuvialuit et l'autre de la Société inuvialuit de développement, je ne sais pas comment se ferait l'adjudication du contrat. Mais je pense que même si cela peut se produire, ce serait un cas très rare.

[Text]

Senator Steuart: But the point that Senator Watt is making is that when push comes to shove, the corporation will win out.

Senator Watt: The majority rules.

Senator Steuart: The corporation would let the contract.

Mr. Goudie: It would depend on who has put the contract out to tender. I thought the question related to government contracts as opposed to the Inuvialuit Development Corporation granting a contract for one thing or another. If the Inuvialuit Development Corporation is granting a contract, it has control. I would assume that if the choice were between an Inuvialuit and a non-native person, the Inuvialuit would be awarded the contract. Assuming that it is a good deal, the Inuvialuit Development Corporation would opt in favour of the Inuvialuit enterprise.

Senator Watt: I will not pursue that matter further. Reference has been made to the possibility of amending this agreement in the future, and in that regard I would like to stress that this agreement—which will be proclaimed, we hope, by tomorrow—should be looked upon as a living document. Some people feel that the Inuit are static; that they do not move ahead, evolve. That is simply not the case. As time goes on and as circumstances change, this agreement will have to be reviewed and revised.

The Chairman: Senator Stewart, please.

Senator Stewart: Thank you, Mr. Chairman. Mention has been made of the fact that the Inuvialuit people had good technical advice when it came to the land selection process. I am wondering whether they had good technical advice when it came to working out the schedule by which sums of money are to be paid, as referred to in Clause 6 of the bill, which states:

There shall be paid out of the Consolidated Revenue Fund such sums as may be required to meet the monetary obligations of Canada under . . . the Agreement.

What I am concerned about in this regard is the effect of inflation on payments well into the future. What provision, if any, was made against the possibility of galloping inflation?

Mr. Goudie: Reference has been made to the fact that the value of the straight monetary compensation is \$45 million in 1977 dollars. Adjustment has been made at the rate of 8 per cent per annum compounded semi-annually in order to look after that factor. This is very much a matter that was negotiated with the Inuvialuit, who had very good advice on that point.

Senator Stewart: Am I correct in thinking that that takes care of the inflation factor up to the present tie and as well anticipates inflation up to the date of the last payment?

Mr. Goudie: That is correct. That is why the value of the agreement goes from \$45 million to \$152 million by the time the last payment is made.

Senator Stewart: I do not know the region involved from personal knowledge, and I do not have a map before me. I am wondering whether any of these lands include any islands within Canada's territorial sea, or are all of the lands on what one might call, in layman's terms, the mainland?

[Traduction]

Le sénateur Steuart: Ce que la sénateur Watt veut faire ressortir, c'est qu'en cas de compétition, la Société l'emporterait.

Le sénateur Watt: La majorité l'emporte.

Le sénateur Steuart: Le Société aurait le contrat.

M. Goudie: Tout dépendrait de qui serait le soumissionnaire. Je pensais que la question concernait les contrats du gouvernement plutôt que ceux que pourrait accorder la Société inuvialuit de développement. Dans le cas où celle-ci accorde un contrat, c'est elle qui décide. Je présume que s'il s'agissait d'un choix entre un Inuvialuit et un non-autochtone, l'Inuvialuit obtiendrait le contrat. En supposant qu'il s'agisse d'une bonne affaire, la Société inuvialuit de développement opterait en faveur de l'entreprise Inuvialuit.

Le sénateur Watt: Je n'irai pas plus loin à ce sujet. On a fait allusion à la possibilité de modifier ultérieurement cette Convention, et à cet égard, j'aimerais insister sur le fait que cet accord qui sera promulgué, espérons-le, demain—devrait être considéré comme un document susceptible d'évoluer. Certains croient que les Inuit sont statiques; qu'ils n'évoluent pas. Ce n'est pas vrai du tout. Avec le temps, et selon les circonstances, cette Convention devra être examinée et révisée.

Le président: Sénateur Stewart, vous avez la parole.

Le sénateur Stewart: Merci, monsieur le président. On a fait mention du fait que les peuples Inuvialuit avaient reçu de bons conseils techniques au moment de la sélection des terres. Je me demande si tel a été le cas lors de l'élaboration du calendrier des paiements auxquels il est fait allusion à l'article 6 du projet de loi qui précise:

Sont prélevées, sur le Trésor, les sommes nécessaires pour satisfaire aux obligations contractées par le Canada aux termes de la Convention.

Je suis préoccupé, par les répercussions de l'inflation sur les paiements futurs. Quelles dispositions ont été prises contre les possibilités d'une inflation galopante?

M. Goudie: On a fait allusion au fait que la valeur de l'indemnité normale est de 45 millions de dollars de 1977. Un réajustement a été effectué au taux de 8 p. 100 par an, composé tous les semestres pour tenir compte de ce facteur. Cette question a été négociée avec les Inuvialuit qui ont été très bien conseillés dans ce domaine.

Le sénateur Stewart: Suis-je en droit de penser que cette disposition tient compte de l'inflation présente et future jusqu'à la date du dernier paiement?

M. Goudie: C'est exact. C'est la raison pour laquelle le montant mentionné dans la Convention passe de 45 à 152 millions de dollars lors des derniers paiements.

Le sénateur Stewart: Je ne connais pas personnellement la région concernée et je n'ai pas de carte devant moi. Je me demande si ces terres comprennent des îles situées dans la mer territoriale du Canada ou si elles sont toutes situées sur le continent?

[Text]

Mr. Goudie: There are some lands on islands. Some of the lands are on Victoria Island, which is a very large island. The communities of Sachs Harbour and Holman are two communities that are located on islands. There are land holdings on islands, but no holdings in the territorial sea per se. On the large islands of the archipelago, yes, there are land holdings.

Senator Stewart: Those islands are within what we would call the inland waters of Canada?

Mr. Goudie: That is correct.

Senator Stewart: Clause 5 of the bill reads:

Nothing in this Act or the Agreement shall be interpreted as granting any rights, privileges or benefits in respect of any area beyond the limits of the sovereignty or jurisdiction of Canada.

If the lands to which reference is made are all inside the limits of the inland waters of Canada, what is the purpose of Clause 5? I am sure that it is in the bill for good legal reason, and I would like to know what that good legal reason is. Against what kind of possibility is protection established in Clause 5?

Ms. Parry: This clause was included at the request of the Department of External Affairs, which was concerned that we would exceed the sovereignty regions of Canada in designating the Inuvialuit settlement region. As you can see from Annex A of the agreement, the northern boundary of the settlement region is quite far north. The Department of External Affairs was concerned that we might in fact be laying claim to waters and islands which lie beyond the limits of Canada's sovereignty, and we were told that we must not do that.

Senator Stewart: Does that suggest that there might be a disagreement as between the two departments, or that there is some confusion as to the exact limits in terms of Canada's sovereignty rights?

Ms. Parry: As I understand it, we are not laying claim to this area. It is simply an administrative designation. However, because there were lines drawn on the map, the Department of External Affairs became very nervous. As I understand it, there is no question of dispute in relation to the extent of Canada's sovereignty. It was simply a question of what these lines on the map meant.

Senator Stewart: I can recall reading some time ago that the Soviet Union had weather stations based on ice floes which drifted down into the zones claimed by Canada. Have those floes come anywhere close to the lands which comprise the settlement region?

Mr. Goudie: I do not believe so. That would have involved an area considerably north of this region. There is no disagreement within the Government of Canada as to the placement of the boundary of the settlement region. However, as honourable senators are aware, there are ongoing negotiations with the Government of the United States of America as to where the territorial boundary should be. It is a reflection of that fact that we have clause 5 in the bill. It is a reflection of the idea

[Traduction]

M. Goudie: Ces terres sont en partie formées d'îles. Il s'en trouve sur le vaste territoire de l'île Victoria. Les collectivités de Sachs Harbour et de Holman sont toutes deux situées sur des îles. Certaines des terres visées se trouvent sur les îles, notamment sur les grandes îles de l'archipel, aucune île n'est située dans la mer territoriale à proprement parler.

Le sénateur Stewart: Ces îles sont situées dans ce que nous pourrions appeler les eaux intérieures du Canada?

M. Goudie: C'est exact.

Le sénateur Stewart: L'article 5 du projet de loi est ainsi libellé:

Ni la présente loi ni la Convention n'ont pour effet d'accorder des droits, privilèges ou avantages à l'égard d'une région ne relevant pas de la souveraineté ou de la compétence du Canada.

Si toutes les terres mentionnées sont situées dans les limites des eaux intérieures du Canada, quel est l'objet de l'article 5? Je suis certain qu'il se trouve dans le projet de loi pour d'excellentes raisons juridiques que j'aimerais connaître. A quoi vise la protection établie par l'article 5?

Mme Parry: Cet article a été inclus à la demande du ministère des Affaires extérieures qui craignait qu'en désignant la région de peuplement inuvialuit nous ne sortions des limites des régions relevant de la souveraineté du Canada. Comme vous pouvez en juger par l'annexe A de la Convention, la limite de la région de peuplement s'étend très au nord. Le ministère des Affaires extérieures craignait que nous ne revendiquions des eaux et des îles situées en dehors de la zone relevant de la souveraineté du Canada, ce qu'il nous faut éviter de faire.

Le sénateur Stewart: Doit-on en déduire qu'il peut y avoir un désaccord entre les deux ministères, ou une certaine confusion sur les limites exactes en ce qui concerne les droits relevant de la souveraineté du Canada?

Mme Parry: D'après ce que je comprends, nous n'avons pas de revendications dans cette région. Il s'agit simplement d'une désignation administrative. Toutefois, comme des lignes avaient été tracées sur la carte, le ministère des Affaires extérieures s'est montré fort préoccupé par la question. D'après ce que je comprends, il n'y a pas de litige en ce qui concerne l'étendue de la zone relevant de la souveraineté canadienne. On se demandait simplement ce que représentaient ces lignes sur la carte.

Le sénateur Stewart: Je me souviens d'avoir lu il y a quelque temps que l'Union soviétique possède des stations météorologiques sur des bancs de glace qui ont dérivé dans les zones revendiquées par le Canada. Ces bancs de glace se sont-ils approchés des terres comprises dans la région désignée?

M. Goudie: Je ne le crois pas. Cette zone est située beaucoup plus au nord. Le gouvernement du Canada ne conteste pas les limites proposées pour la région désignée. Toutefois, les honorables sénateurs, en sont conscients, des négociations sont en cours avec le gouvernement des États-Unis d'Amérique pour fixer les frontières territoriales. C'est pour cette raison que nous avons l'article 5 dans le projet de loi. On tient compte

[Text]

that at some point in time the westerly territorial boundary could conceivably change somewhat.

Senator Stewart: But not so as to affect the lands in question in this settlement?

Mr. Goudie: No, it would not affect the land at all. It may affect control over waters.

Senator Stewart: Thank you very much.

Senator Phillips: Thank you, Mr. Chairman. As I understand the evidence, the moneys being paid are paid to the corporation. Is that correct?

Mr. Goudie: That is correct.

Senator Phillips: Can you tell us something as to how that corporation is established, how its membership changes, and the authority under which it operates?

Mr. Goudie: The corporation is established under the laws of the federal government of Canada. It has a federal charter.

Senator Phillips: In the future will the members of that corporation be appointed by the federal government?

Mr. Goudie: No, there would be no appointments made by the federal government. It is an Inuvialuit corporation, controlled entirely by the Inuvialuit. There are provisions in the agreement as to how its boards, and so on, are to be established.

Senator Phillips: What authority will the corporation have over these funds? In what way will the corporation be entitled to invest these funds?

Mr. Goudie: The corporation will be investing the proceeds of this settlement in accordance with the mandate provided to it at the annual meetings of the shareholders. There is provision for at least annual meetings of the membership, and it would be the purpose of the membership at that meeting to provide direction to the Board of Directors of the corporation.

Senator Phillips: The agreement provides for the right to hunt, fish and carry on commercial activity within the settlement region in accordance with the régimes established therein. I presume that gives the Inuvialuit virtual control over hunting and fishing. Will they be able to issue licences? In other words, will they be able to decide who is going to be allowed to fish in the waterways in the settlement region?

Mr. Goudie: No. The licensing process comes under the jurisdiction of the Government of the Northwest Territories, which has the delegated power through the Parliament of Canada in respect of the administration of game. The agreement provides for a Game Council to be established through which the Inuvialuit would advise the Government of the Northwest Territories in respect of game laws and regulations which might apply to them. As well, each of the communities have hunter and trapper committees which make representations to the Game Council, which would then in turn take the matter up with the territorial government.

There can be provisions through the delegation process with the Government of the Northwest Territories whereby the

[Traduction]

du fait que les frontières territoriales de l'Ouest pourraient être quelque peu modifiées à une date indéterminée.

Le sénateur Stewart: Mais pas au point de porter atteinte aux terres en question dans cette région désignée?

M. Goudie: Non, cela n'aurait aucune répercussion sur les terres mais pourrait en avoir sur le contrôle des eaux.

Le sénateur Stewart: Je vous remercie infiniment.

Le sénateur Phillips: Merci, monsieur le président. D'après le témoignage, je crois comprendre que les sommes versées le sont à la Société. Est-ce exact?

M. Goudie: C'est exact.

Le sénateur Phillips: Pouvez-vous nous fournir des précisions sur la façon dont est établie la Société, sur la façon dont sa composition évolue et sur l'autorité dont elle relève.

M. Goudie: La Société est établie en vertu des lois du gouvernement fédéral du Canada. Elle possède une charte fédérale.

Le sénateur Phillips: A l'avenir, les membres de cette société seront-ils nommés par le gouvernement fédéral?

M. Goudie: Non, le gouvernement fédéral ne procédera à aucune nomination. Il s'agit d'une société inuvialuit gérée exclusivement par les Inuvialuit. La Convention contient des dispositions sur la façon dont le conseil d'administration en est constitué, etc.

Le sénateur Phillips: Quels pouvoirs la société aura-t-elle sur ces fonds? De quelle façon aura-t-elle le droit de les investir?

M. Goudie: La société investira le montant des indemnités pécuniaires conformément au mandat qui lui sera confié aux assemblées annuelles des actionnaires. Il est prévu que les membres organiseront au moins des réunions annuelles au cours desquelles ils fourniront des directives au conseil d'administration de la société.

Le sénateur Phillips: La Convention prévoit le droit de chasser, de pêcher et de se livrer à des activités commerciales dans la région désignée, conformément aux régimes qui y sont institués. Je suppose qu'à toutes fins utiles, cela donne aux Inuvialuit compétence absolue en matière de chasse et de pêche. Seront-ils habilités à délivrer des permis? En d'autres termes, pourront-ils décider qui sera autorisé à pêcher dans les cours d'eau de la région désignée?

M. Goudie: Non. Le processus de délivrance des permis relève de l'administration des Territoires du Nord-Ouest à qui le Parlement du Canada a délégué les pouvoirs en matière de gestion de la faune. La Convention prévoit la création d'un conseil de la faune qui permettra aux Inuvialuit d'informer l'administration des Territoires du Nord-Ouest des lois et des règlements sur la faune susceptibles de les concerner. En outre, chaque collectivité possède des comités de chasseurs et de trappeurs qui feront des représentations au conseil de la faune qui, à son tour, saisira l'administration des Territoires des questions ainsi soulevées.

Le processus de délégation des pouvoirs à l'administration des Territoires du Nord-Ouest peut prévoir des dispositions en

[Text]

hunter and trapper corporations of each of the communities may be able to determine who gets a quota within a given community. That would be an internal matter within the Inuvialuit community.

Senator Phillips: I suppose that is what is meant by the words "in accordance with the régimes established therein."

Mr. Goudie: That is right. These régimes are set out in some detail within the agreement.

Senator Phillips: What happens in the event of a disagreement between the régime and any individual? Which takes precedence, the so-called Charter of Rights or the agreement?

Mr. Goudie: The agreement would set out the provisions. There are provisions built into the agreement for appeal in the event that someone feels aggrieved in respect of what is happening, and this line of appeal can be through either the Inuvialuit or directly to the Government of the Northwest Territories.

Senator Phillips: Has anyone given any consideration to the possibility that this agreement might deprive Canadian citizens of their constitutional rights?

Mr. Goudie: I believe that that aspect has been considered. The Privy Council Office and the legal officers of the Crown, as I understand it, have to look at each bill to ensure that it is in accord with the provisions of the Charter of Rights and the other provisions of the Constitution.

Senator Phillips: I have not had a great deal of time to study the bill. In fact, I was involved in a committee meeting when the explanation was given in the Senate. Was there any reference in the explanation to the Constitution? Is there anything in the agreement which states that the Constitution takes precedence in the event of a dispute?

Mr. Goudie: I do not believe so. I believe that is an automatic provision, Senator Phillips. Perhaps Mr. Kalson can assist us in that regard.

Mr. Martin Kalson, Legal Counsel, Department of Justice: Are you referring specifically to the Charter of Rights?

Senator Phillips: Yes.

Mr. Kalson: There is no direct provision in the bill itself, or in the agreement. As Mr. Goudie has indicated, all bills are carefully examined to ensure that there are no contraventions of the Charter of Rights.

The Chairman: Are there any further questions to our witnesses?

Senator Yuzyk: I do not have a question as such, Mr. Chairman, but I do want to make a brief statement. I want to go on record as stating that some honourable senators have visited this region—

The Chairman: Some even put their feet in the Arctic Ocean.

Senator Yuzyk: Just looking around this room, I know that Senator Steuart has been there, as has Senator Bielish, Senator Bonnell, and myself. As well, I know that Senator Austin has visited this region, as has Senator Hastings. The Inuvialuit

[Traduction]

vertu desquelles les sociétés de chasseurs et de trappeurs de chaque collectivité pourront déterminer qui obtiendra un contingent au sein d'une collectivité donnée. Il s'agirait toutefois là d'une question interne au sein de la collectivité inuvialuit.

Le sénateur Phillips: Je suppose que c'est ce que signifient les mots «conformément aux régimes qu'elle institue».

M. Goudie: C'est exact. Ces régimes sont exposés en détail dans la Convention.

Le sénateur Phillips: Que se produit-il si un particulier conteste un régime? Qui a préséance, la prétendue Charte des droits ou la Convention?

M. Goudie: La Convention énonce les dispositions prévues pour que toute partie qui s'estime lésée puisse interjeter appel. L'appel peut être interjeté par l'intermédiaire des Inuvialuit ou en s'adressant directement à l'administration des Territoires du Nord-Ouest.

Le sénateur Phillips: Quelqu'un a-t-il pensé que cette convention pourrait priver des citoyens canadiens de leurs droits constitutionnels?

M. Goudie: Je pense que cet aspect a été examiné. D'après ce que je comprends, le Bureau du Conseil privé et les légistes de la Couronne doivent étudier chaque projet de loi pour s'assurer qu'il est conforme aux dispositions de la Charte des droits et aux autres dispositions de la Constitution.

Le sénateur Phillips: Je n'ai pas eu beaucoup de temps pour étudier le projet de loi. En fait, j'assistais à une réunion d'un comité lorsque la mesure législative a été expliquée au Sénat. Mais lors de ce processus, a-t-on fait allusion à la Constitution? La Convention précise-t-elle qu'en cas de litige la Constitution a préséance?

M. Goudie: Je ne le crois pas. Je crois qu'il s'agit d'une disposition automatique, sénateur Phillips. Peut-être M. Kalson pourrait-il nous aider.

M. Martin Kalson, conseiller juridique, ministère de la Justice: Faites-vous spécialement allusion à la Charte des droits?

Le sénateur Phillips: Oui.

M. Kalson: Le projet de loi lui-même ou la Convention ne contiennent aucune disposition précise à cet égard. Comme M. Goudie l'a expliqué, tous les projets de loi sont soigneusement examinés pour s'assurer qu'ils ne violent pas la Charte des droits.

Le président: Y a-t-il d'autres questions à poser à nos témoins?

Le sénateur Yuzyk: Je n'ai pas de question à poser, monsieur le président, mais je désire faire une brève déclaration. J'aimerais qu'il soit mentionné au procès-verbal que certains honorables sénateurs ont visité cette région...

Le président: Certains se sont même trempé les pieds dans l'océan Arctique.

Le sénateur Yuzyk: Je sais que les sénateurs Steuart, Bielish, Bonnell et moi-même avons visité cette région. Il en est de même des sénateurs Austin et Hastings. Les Inuvialuit doivent être conscients que nous connaissons bien la situation. Ils

[Text]

should be aware that we are fairly familiar with this whole situation. The Inuvialuit represent our first Canadian citizens, and it is our duty to do the best we can for them. I am pleased to see that we have a representative from that region in attendance today. His attendance here will help him to understand that we are trying to understand the situation of our native peoples.

I of course was baptised in the Beaufort Sea, by taking a dip—

Senator Phillips: That is what happened!

Senator Yuzyk: So, as you can see, I belong to that region.

Senator Steuart: It must have been quite a party.

Senator Yuzyk: Yes. Senator Bonnell was there to see that no evil befell me when I was baptised there. I hope that when I visit that region again, I will be accepted as one of their own.

Senator Steuart: You are not going to be a member of the corporation, I hope.

Senator Yuzyk: They may make me a director of one of their corporations. When I travelled to that region I came through Alaska. We learned quite a bit about the generous cash settlements that the native peoples of Alaska received. In looking at the region that is the subject matter of this agreement, it is obvious that some of the people involved are right on the border. It is my hope that all of these people will become very wealthy, because that will help Canada, too.

In looking at the map, I can see that some of them could become wealthier if they were in a position to benefit from the U.S. settlements. Can that be done? Aklavik is right in the upper corner of the Yukon Territory. Was the fact that many of these people might qualify for benefits under the U.S. settlement considered at all? I am thinking particularly of that region around Aklavik? If that was considered, are there any provisions which would prohibit someone from becoming a millionaire as a result of getting benefits under the U.S. settlement?

Mr. Goudie: There is certainly no provision in the agreement to prevent anyone from becoming a millionaire, regardless of the source of the money. To the extent that the Inuvialuit have crossed the U.S.-Canada border and have had traditional use and occupation of the land on the U.S. side, some of them have in fact applied for benefits under the U.S. settlement and have in fact been accepted by the Government of the United States as potential beneficiaries, and as beneficiaries under the State of Alaska settlement. There is no provision in the agreement to prevent that. The policy of the Government of Canada, however, is that the native peoples can be beneficiaries to one settlement only within Canada. It does not deal with what may or may not happen outside of Canada.

Senator Yuzyk: That applies only to the individuals, is that right?

Mr. Goudie: Right.

[Traduction]

représentent nos premiers citoyens canadiens et il est de notre devoir de faire de notre mieux en ce qui les concerne. Je suis heureux de voir qu'un représentant de cette région est ici présent. Cela lui permettra de se rendre compte que nous essayons de comprendre la situation de nos autochtones.

En ce qui me concerne, j'ai bien entendu été baptisé dans la mer de Beaufort en étant plongé . . .

Le sénateur Phillips: C'est donc ça!

Le sénateur Yuzyk: De sorte, que vous pouvez le constater, j'appartiens à cette région.

Le sénateur Steuart: Voilà qui a dû être toute une fête!

Le sénateur Yuzyk: Oui. Le sénateur Bonnell veillait à ce qu'il ne m'arrive aucun malheur pendant mon baptême. J'espère que lorsque je visiterai de nouveau cette région, les autochtones m'accepteront comme un des leurs.

Le sénateur Steuart: J'espère que vous n'allez pas être membre de la Société.

Le sénateur Yuzyk: J'ai été fait directeur d'une de leurs sociétés. Lorsque j'ai visité cette région, j'ai traversé l'Alaska. Nous avons beaucoup entendu parler des généreuses indemnités pécuniaires dont ont bénéficié les autochtones de l'Alaska. Si on examine la région faisant l'objet de la présente Convention, il est manifeste que certains des intéressés se trouvent juste sur la frontière. J'espère que tous ces gens deviendront très riches parce que cela aidera également le Canada.

En examinant la carte, je peux voir que certains pourraient s'enrichir s'ils pouvaient bénéficier des indemnités que versera le gouvernement américain. Cela est-il possible? Aklavik est situé à l'angle supérieur du Territoire du Yukon. A-t-on envisagé le fait que beaucoup de ces gens pourraient remplir les conditions requises pour bénéficier des indemnités des États-Unis. Je songe plus particulièrement à la région située autour d'Aklavik. Le cas échéant, y a-t-il des dispositions qui empêcheraient quelqu'un de devenir millionnaire parce qu'il aurait bénéficié des indemnités accordées par les États-Unis?

M. Goudie: Il n'y a certainement aucune disposition de la Convention qui empêche quiconque de devenir millionnaire, quelle que soit la source de ses revenus. Dans la mesure où les Inuvialuit ont traversé la frontière canado-américaine et ont utilisé et occupé de façon traditionnelle les terres se trouvant du côté américain, certains ont pensé demander à bénéficier du règlement américain. Le gouvernement des États-Unis les a en fait acceptés comme bénéficiaires éventuels des indemnités versées à la suite du règlement concernant l'État de l'Alaska. Rien ne l'empêche dans la Convention. Le gouvernement du Canada a toutefois pour politique d'autoriser les autochtones à ne bénéficier que d'un seul règlement à l'intérieur du Canada. Il ne s'occupe pas de ce qui peut éventuellement se produire en dehors du pays.

Le sénateur Yuzyk: Cela ne s'applique qu'aux particuliers, n'est-ce pas?

M. Goudie: Oui.

[Text]

Senator Yuzyk: And the Inuvialuit community has no control over that?

Mr. Goudie: That is correct.

Senator Yuzyk: And they do not get any benefit from the extra funds that might flow into the region?

Mr. Goudie: That is correct.

Senator Yuzyk: It seems to me they are getting the best of two worlds in that case. I hope many of them can take advantage of the situation. One of the roles of the Senate is to defend the minorities and the regions, and the exercise we have been through today in discussing these matters certainly falls into that category of interest. We are closer to the Inuvialuit now than previously. We will be following very closely the developments in this region and all of the other areas that will be affected by such settlements, because this agreement will no doubt be a precedent for other original peoples' land claim settlements. I wish all concerned the utmost in benefits that will accrue from the economic resources over which they will have control.

The Chairman: Thank you, Senator Yuzyk. Senator Bell, please.

Senator Bell: Is the cash settlement that is part of this agreement subject to the usual taxation régime, or is it totally tax-free?

Mr. Goudie: The initial capital transfers are not subject to tax. They are tax exempt. However, the benefits that accrue from that capital through investments will be subject to taxation in the normal way.

Senator Watt: You say that the capital is non-taxable within the mother corporation. What happens in the case where the mother corporation sets up a subsidiary corporation? Is the capital transferred to the subsidiary corporation taxable or non-taxable in the hands of the subsidiary corporation?

Mr. Goudie: Only the profits are subject to taxation.

Ms. Parry: A straight flowthrough of capital from one body to another is non-taxable on receipt; however, any profits that accrue are taxable in the normal way. We have made special provision for separate accounting mechanisms so that we can clearly identify, in the case of a flowthrough of capital, what is profit and what is original capital. It will be safeguarded in that way.

Senator Watt: What happens in the event of a break-even position?

Ms. Parry: Only the profit portion of income attracts taxation.

An Hon. Senator: No profit, no taxation.

The Chairman: It would appear that we have run out of questioners. What is the wish of the committee in respect of the reporting of Bill C-49?

Senator Cottleau: I move that the bill be reported without amendment.

The Chairman: Honourable senators have heard the motion. Is it agreed?

[Traduction]

Le sénateur Yuzyk: Et la collectivité inuvialuit ne peut rien à cet égard?

M. Goudie: C'est exact.

Le sénateur Yuzyk: Et elle ne retire aucun avantage des fonds supplémentaires dont pourrait bénéficier la région?

M. Goudie: C'est exact.

Le sénateur Yuzyk: Il me semble que dans ce cas, les Inuvialuit obtiennent le meilleur de deux mondes. J'espère que bon nombre d'entre eux pourront profiter de la situation. Un des rôles du Sénat consiste à défendre les minorités et les régions et nos délibérations d'aujourd'hui en constituent certes un bon exemple. Nous sommes maintenant plus près des Inuvialuit que nous ne l'avons jamais été. Nous suivrons de très près l'évolution de la situation dans cette région et dans toutes celles qui seront touchées par ces règlements étant donné que la présente Convention constituera sans aucun doute un précédent pour le règlement des revendications territoriales des autres autochtones. J'espère que tous les intéressés profiteront au maximum des avantages qui découleront des ressources économiques qui relèveront de leur compétence.

Le président: Je vous remercie, sénateur Yuzyk. Sénateur Bell.

Le sénateur Bell: L'indemnité pécuniaire qui fait partie de cette convention est-elle assujettie au régime fiscal habituel ou est-elle exempte d'impôt?

M. Goudie: Les premiers virements de fonds ne sont pas assujettis à l'impôt. Ils en sont exemptés. Toutefois, les bénéfices qui proviendront de ce capital à la suite des investissements seront imposés de la façon normale.

Le sénateur Watt: Vous dites que le capital n'est pas imposable au sein de la société mère. Que se produit-il lorsque cette dernière crée une filiale? Le capital transféré à la filiale est-il imposable?

M. Goudie: Seuls les bénéfices sont assujettis à l'impôt.

Mme Parry: Un transfert direct de capitaux d'un organisme à un autre n'est pas imposable en tant que tel, mais tous les bénéfices qui en découlent sont imposés de la façon normale. Nous avons prévu des mécanismes comptables distincts de façon à pouvoir clairement identifier, dans le cas d'un transfert de capital, quelle est la part de bénéfice et quelle est celle du capital primitif. Une garantie sera donc offerte.

Le sénateur Watt: Que se passe-t-il lorsqu'on atteint le seuil de rentabilité?

Mme Parry: Seuls les bénéfices sont imposés.

Une voix: Pas de bénéfice, pas d'impôt.

Le président: Il semble ne plus y avoir de questions. Que désire le comité pour ce qui est de faire rapport du projet de loi C-49?

Le sénateur Cottleau: Je propose qu'il soit fait rapport du projet de loi sans amendement.

Le président: Les honorables sénateurs ont entendu la motion. Sont-ils d'accord pour ce faire?

[Text]

Hon. Senators: Agreed.

The Chairman: As both Senator Phillips and myself will be absent from the Senate chamber tomorrow, I propose to have Senator Haidasz table the reports of the committee in respect of the two bills we have dealt with today, if that is agreeable to honourable senators.

Hon. Senators: Agreed.

The Chairman: As well, I should point out that there is a possibility of a further bill being referred to the committee tomorrow, in which event Senator Haidasz will convene the committee to consider the bill, if that is agreeable to honourable senators.

Hon. Senators: Agreed.

The Chairman: That concludes the business of the committee for today.

The committee adjourned.

[Traduction]

Des voix: D'accord.

Le président: Si les honorables sénateurs y consentent, étant donné que le sénateur Phillips et moi-même serons absents du Sénat demain, je propose que le sénateur Haidasz dépose les rapports du Comité au sujet des deux projets de lois dont nous avons débattu aujourd'hui.

Des voix: D'accord.

Le président: Je dois également préciser qu'il est possible qu'un autre projet de loi soit renvoyé au Comité demain. Dans ce cas, si les honorables sénateurs le veulent bien le sénateur Haidasz réunira le Comité pour en débattre.

Des voix: D'accord.

Le président: Voilà qui met un terme aux travaux du Comité pour aujourd'hui.

La séance est levée.



*If undelivered, return COVER ONLY to
Canadian Government Publishing Centre,
Supply and Services Canada,
Ottawa, Canada, K1A 0S9*

*En cas de non-livraison,
retourner cette COUVERTURE SEULEMENT à:
Centre d'édition du gouvernement du Canada,
Approvisionnement et Services Canada,
Ottawa, Canada, K1A 0S9*

WITNESSES—TÉMOINS

Mr. Russell MacLellan, M.P., Parliamentary Secretary to
the Minister of National Health and Welfare.

*From the Department of National Health and Welfare, Envi-
ronmental Health Directorate:*

Dr. Peter Waight, Acting Director, Radiation Protection
Bureau;

Dr. Gerry MacDonald, Chief, Legislative and Regulatory
Processes.

* * *

Mr. J. R. Goudie, Director, Claims Policy, Office of Native
Claims, Department of Indian and Northern Affairs;

Mr. Martin Kalson, Counsel, Legal Services, Department of
Justice;

Ms. Glenys Parry, Senior Negotiator, Western Arctic
Claim, Department of Indian and Northern Affairs.

M. Russell MacLellan, député, secrétaire parlementaire au
ministre de la Santé nationale et du Bien-être social.

*Du ministère de la Santé nationale et du Bien-être social,
Direction de l'hygiène du milieu:*

M. Peter Waight, chef intérimaire, Bureau de la radiopro-
tection;

M. Gerry MacDonald, chef, Processus législatifs et régle-
mentation.

* * *

M. J. R. Goudie, directeur, Politique des revendications,
Bureau des revendications des autochtones, ministère des
Affaires indiennes et du Nord;

M. Martin Kalson, avocat, Services légaux, ministère de la
Justice;

M^{me} Glenys Parry, négociateur principal, Revendication de
l'arctique de l'Ouest, ministère des Affaires indiennes et
du Nord.



26
51

Second Session
Thirty-second Parliament, 1983-84

SENATE OF CANADA

Standing Senate Committee on

**Social Affairs,
Science
and Technology**

Chairman:
The Honourable M. LORNE BONNELL

INDEX

OF PROCEEDINGS

(Issues Nos. 1 to 11 inclusive)

Deuxième session de la
trente-deuxième législature, 1983-1984

SÉNAT DU CANADA

Comité sénatorial permanent des

**Affaires sociales, des
sciences et de la
technologie**

Président:
L'honorable M. LORNE BONNELL

INDEX

DES DÉLIBÉRATIONS

(Fascicules n^{os} 1 à 11 inclusivement)

Prepared
by the
Information and Reference Branch,
LIBRARY OF PARLIAMENT

Compilé
par le
Service d'information et de référence,
BIBLIOTHÈQUE DU PARLEMENT

SENATE OF CANADA

Standing Senate Committee on Social Affairs,
Science and Technology
2nd Session, 32nd Parliament, 1983-84

INDEX

(Issues 1-11 inclusive)

AIB

See
Anti-Inflation Board

Aboriginal peoples

See
Native peoples

Act relating to cash contributions by Canada in respect of insured health services provided under provincial health care insurance plans and amounts payable by Canada in respect of extended health care services and to amend and repeal certain Acts in consequence thereof

See
Bill C-3
Bill C-3, subject-matter

Act to amend the Federal-Provincial Fiscal Arrangements and Established Programs Financing Act, 1977

See
Bill C-12

Act to amend the National Housing Act

See
Bill C-37

Act to amend the Old Age Security Act

See
Bill C-40

Act to amend the Radiation Emitting Devices Act

See
Bill C-5

Act to amend the War Veterans Allowance Act, the Civilian War Pensions and Allowances Act and certain other Acts in relation thereto

See
Bill C-39

Act to approve, give effect to and declare valid the Agreement between the Committee for Original Peoples' Entitlement, representing the Inuvialuit of the Inuvialuit Settlement Region, and the Government of Canada and to amend the National Parks Act in consequence thereof

See
Bill C-49

Adam, Guy, Chairperson, Canadian Health Coalition

Bill C-3, subject-matter
Discussion, 6: 8, 9-10
Statement, 6: 5-7

SÉNAT DU CANADA

Comité sénatorial permanent des
Affaires sociales, des sciences et de la technologie
2^e Session, 32^e Législature, 1983-1984

INDEX

(Fascicules 1-11 inclusivement)

AHC

Voir
Association des hôpitaux du Canada

AMC

Voir
Association médicale canadienne

AMM

Voir
Manitoba Medical Association

AMO

Voir
Ontario Medical Association

Accords fiscaux entre le gouvernement fédéral et les provinces

Désaffiliation, formule, 1: 25, 26
Points d'impôt provinciaux, perception, 1: 27-8
Programmes établis, accord de financement, 1: 22, 25-7, 29; 5: 14; 6: 26
Financement global, 3: 43-6; 8: 33
Santé, services, 6: 26; 8: 35, 36
Transferts fédéraux en tant que pourcentage des dépenses provinciales en matière de santé, 3A: 1, 6-9
Voir aussi
Accords fiscaux entre le gouvernement fédéral et les provinces et sur le financement des programmes établis, Loi de 1977

Accords fiscaux entre le gouvernement fédéral et les provinces, Comité spécial (Comité Breau)

Assurance-maladie, financement, étude, 1: 10-1
Conseil de santé du Canada, création, recommandation, 3: 49

Accords fiscaux entre le gouvernement fédéral et les provinces et sur le financement des programmes établis, Loi de 1977

Amendements
Bill C-3, 1: 25; 6: 26
Bill C-12, 8: 35
1982, 1: 24
Financement global, 1: 24-5; 8: 33

Accords fiscaux entre le gouvernement fédéral et les provinces et sur le financement des programmes établis, Loi de 1977, Loi modifiant

Voir
Bill C-12

Adam, M. Guy, président, Coalition canadienne de la santé

Bill C-3, teneur
Discussion, 6: 8, 9-10
Exposé, 6: 5-7

- Adams, Orville, Director of Economic Research, Canadian Medical Association**
Bill C-3, subject-matter, discussion, **2**: 16
- Adams, Hon. Willie, Senator (Northwest Territories)**
Bill C-49, **11**: 22-3
- Aging Veterans Program**
See under Veterans Affairs Department
- Agreement between the Committee for Original Peoples' Entitlement, representing the Inuvialuit of the Inuvialuit Settlement Region, and the Government of Canada**
See
Inuvialuit Final Agreement
- Alaska**
Native peoples, cash settlements, **11**: 30
- Alberta**
Government, position
Bill C-3, amendment proposed by CAIR/FMRIQ, **2**: 23
Hall Report, **2**: 14
Health services, Committee to study, **5**: 32
Health Resources Fund, moneys, transfer, **3**: 57
Health services
Cost-sharing, provincial-federal, **1**: 22-3
Costs, **1**: 23
Hospitals, **1**: 23; **2**: 9
Medicare
Monitoring, **3**: 29
Opted out doctors, **1**: 18, 19, 20
Portability, **8**: 26, 27
User charges and extra billing, **1**: 17, 39; **8**: 28
Penalties under Bill C-3, **5**: 39
- Allen, R.J., Director General, Policy Liaison and Development, Department of National Health and Welfare**
Bill C-40, discussion, **10**: 23-6, 30-3
- Anderson, Hon. Margaret Jean, Senator (Northumberland-Miramichi)**
Bill C-3, subject-matter, **7**: 25
Bill C-5, **11**: 16
- Anti-Inflation Board (AIB)**
Doctors, provisions, **4**: 22
- Asselin, Hon. Martial, Senator (Stadacona)**
Bill C-3, **8**: 31-3, 38, 39
Bill C-3, subject-matter, **1**: 14-5, 16, 27; **7**: 28, 32, 35
- Association of Canadian Medical Colleges**
Medical manpower distribution, studies, **2**: 29
- Atlantic provinces**
Health services, **2**: 6, 16-7
Funding, problems, **2**: 8-9
- Atomic radiation**
Radiation from mechanical and electronic devices, comparison, **11**: 11
- Adams, M. Orville, directeur de la recherche économique, Association médicale canadienne**
Bill C-3, teneur, discussion, **2**: 16
- Adams, honorable Willie, sénateur (Territoires du Nord-Ouest)**
Bill C-49, **11**: 22-3
- Affaires des anciens combattants, ministère**
Anciens combattants qui avancent en âge, programme, **9**: 7-8, 14, 24
Budget des dépenses, 1984-1985
Logement pour anciens combattants, **9**: 14
Subventions et contributions, **9**: 26
Déménagement à l'Île-du-Prince-Édouard
Employés, recrutement et formation, **9**: 14-7, 22
Programmes, effet, **9**: 16
Édifice Daniel J. MacDonald, **9**: 28
Logement, programme, **10**: 15
Personnel, **9**: 24-5
- Affaires extérieures, ministère**
Bill C-49, préoccupations, **11**: 27
- Affaires juridiques et constitutionnelles, Comité permanent du Sénat**
Bill C-3, étude, **8**: 20
- Affaires sociales, des sciences et de la technologie, Comité sénatorial permanent**
Agenda, **1**: 7-8
Bill C-3
Amendements réputés avoir été proposés et rejetés, **8**: 37, 38-9
Étude, procédure, **8**: 6, 8-9, 36
Bill C-3, teneur
Audiences, programme, **1**: 39-41; **4**: 35-6
Étude, **1**: 13-4, 15-6; **4**: 7; 6-7
Engagement, **5**: 31
Ministres de la santé provinciaux, comparaison, **5**: 6
Bill C-49, étude, **11**: 29-30
Enquêtes
Étude des dépenses relatives aux Affaires des anciens combattants contenue dans le Budget des dépenses déposé au Parlement pour l'année financière se terminant le 31 mars 1985, **9**: 27-8
Propositions
Autochtones du Canada, problèmes, **4**: 4
Évolution technologique, répercussions sur la société canadienne, **9**: 4-5
Femmes et le travail, **9**: 5
Jeunes Canadiens, problèmes, **4**: 4, 33-5
Soins médicaux, politique globale canadienne, **7**: 8; **9**: 4
Invitations, **9**: 28
Membres et quorum, **1**: 8-9
Motions
Bill C-3, rapport au Sénat sans amendement; adoptée, **8**: 36, 38-9
Bill C-5, rapport au Sénat sans amendement; adoptée, **11**: 17
Bill C-37, exposé du ministre imprimé en appendice; adoptée, **10**: 9
Bill C-37, rapport au Sénat sans amendement; adoptée, **10**: 22-3
Bill C-40, rapport au Sénat sans amendement; adoptée, **10**: 33
Bill C-49, rapport au Sénat sans amendement; adoptée, **11**: 31-2
Commission canadienne des pensions, feuille de données, à annexer; adoptée, **9**: 23
Délibérations à huis clos; adoptée, **6**: 27; **7**: 37
Dépenses provinciales en matière de santé, transferts fédéraux en tant que pourcentage, analyse, annex aux délibérations; adoptée, **3**: 24
Président, élection; adoptée, **1**: 7

BCMA*See*

British Columbia Medical Association

Baergen, E.H., Executive Director, Saskatchewan Medical Association

Bill C-3, subject-matter, discussion, 7: 14

Bégin, Hon. Monique, Minister of National Health and Welfare

Bill C-3

Amendments, interpretation, 3: 13

Canadian Medical Association, letter, 2: 18-20

Discussion, 8: 7-36

Provincial ministers, meetings, 5: 13, 22-3, 46

Bill C-3, subject-matter

Discussion, 1: 13-39

Statement, 1: 10-3

GIS, increase, news release, 10: 26

Position and policies

Doctors, access to medicare system, 2: 23

Extra billing, quotation, 7: 22

Medicare, access, 7: 18, 21

User charges and extra billing, sanctions, quotation, 8: 35

Belgium

Mortgage payment protection plan, 10: 10

Old age pensions, reciprocal agreement with Canada, negotiations, 10: 31

Bell, Hon. Ann Elizabeth, Senator (Nanaimo-Malaspina)

Bill C-3, subject-matter, 7: 36

Bill C-49, 11: 31

Bielish, Hon. Martha P., Senator (Lakeland)

Bill C-3, subject-matter, 1: 39; 6: 9, 11, 14, 16

Bill C-37, 10: 20

Bill C-40, 10: 31

Bill C-3 - Canada Health Act

Amendments deemed to have been proposed and rejected

Clause 12 (2) - Reasonable compensation deemed where agreement entered into, 8: 37

Clause 13 (b) - Conditions, 8: 37

Clause 15 (3) - Notice of order, 8: 38

Clause 15 (4) - Commencement of order, 8: 38

Clause 22 - Regulations, 8: 38

Discussion

Clause 2 - Definitions, 8: 6-8

Clause 11 (1) (b) (ii) - Portability, 8: 26-7

Clause 12 (2) - Reasonable compensation deemed where agreement entered into, 8: 15-7, 18-21

Clause 13 - Conditions, 8: 25

Clause 14, 8: 14, 24-5

Clause 14 (2) - Consultation process, 8: 36-7

Clause 15 (3) - Notice of order, 8: 21-4

Clause 15 (4) - Commencement of order, 8: 21-4

Coming into force, 8: 29-30

Comparisons, Hospital Insurance and Diagnostic Service Act, 8: 37

Definition, "Health care practitioner", 8: 6-7

Drafting, 8: 37

Historical background, support, House of Commons, 8: 32

Modifications, 8: 9-10

Nature, constitutionality, 8: 10-1, 20-1

Purpose, 8: 11, 13, 34-5

Affaires sociales, des sciences et de la technologie, Comité sénatorial permanent—Suite

Motions—Suite

Procès-verbaux et témoignages, exemplaires à faire imprimer; adoptée, 1: 8

Programme et procédure, Sous-comité, deuxième rapport, amendement; adoptée, 4: 35

Programme et procédure, Sous-comité, deuxième rapport avec des modifications, adoption; adoptée, 4: 6, 35

Programme et procédure, Sous-comité, troisième rapport, adoption; adoptée, 9: 23

Séances en l'absence du quorum; adoptée, 1: 8

Suspension des travaux; adoptée, 1: 9, 41

Vice-président, élection; adoptée, 1: 7

Ordres de renvoi

Bill C-3, teneur, 1: 9; 2: 5; 3: 6-7; 5: 6; 7: 6

Bill C-5, 11: 7

Bill C-37, 10: 9

Bill C-40, 10: 23

Bill C-49, 11: 17

Étude des dépenses relatives aux Affaires des anciens combattants, contenues dans le Budget des dépenses déposé au Parlement pour l'année financière se terminant le 31 mars 1985, 4: 4; 8: 39; 9: 6

Procédure

Absence du président et du vice-président, 11: 32

Sous-comité du programme et de la procédure

Deuxième rapport, 4: 6

Élection, 1: 7

Programme et procédure, Sous-comité

Nominations, 1: 7

Rapports au Comité

Premier, 1: 5

Deuxième, 4: 4-5, 6, 32-5

Troisième, 9: 4-5, 23

Quatrième, 10: 4

Cinquième, 10: 4-5

Recommandations, 9: 4-5

Rapports au Sénat

Bill C-3, sans amendement, 8: 5, 36, 38-9

Bill C-3, teneur, 7: 6-8

Bill C-5, sans amendement, 11: 6, 17

Bill C-37, sans amendement, 10: 8, 22-3

Bill C-40, sans amendement, 10: 8, 33

Bill C-49, sans amendement, 11: 6, 31-2

Recommandations, santé, politique globale, élaboration, étude des questions, 7: 8

Réunions, horaire, 1: 8

Aide à la remise en état des logements, Programme (PAREL)*Voir sous* Société canadienne d'hypothèques et de logement**Alaska**

Autochtones, indemnités pécuniaires, 11: 30

Alberta

Assurance-maladie

Frais modérateurs et surfacturation, 1: 17, 39; 8: 28

Pénalités en vertu du Bill C-3, 5: 39

Médecins désaffiliés, 1: 18, 19, 20

Surveillance, 3: 29

Transférabilité, 8: 26, 27

Caisse d'aide à la santé, fonds, transfert, 3: 57

Gouvernement, position

Bill C-3, amendement proposé par CAIR/FMRIQ, 2: 23

Rapport Hall, 2: 14

Bill C-3 - Canada Health Act—Cont'd

Ramifications

- Conditions, **8**: 25-6, 34
- Health care practitioners, definition, inclusion, **8**: 7-8
- Order reducing or withholding contribution, **8**: 10-1, 21-6
- Penalties for extra billing and user charges, **8**: 10
- Provinces, control exercised by federal government, **8**: 13-4
- Regulations, **8**: 28

Report to Senate without amendment, **8**: 5, 36

Scope, **8**: 30-1

Reasonable compensation, **8**: 18-21

See also

Bill C-3, subject-matter

Bill C-3 - Canada Health Act, subject-matter

The numbers between square brackets denote the original numbering of the clauses of the bill

Amendments proposed by witness

- Clause 12 - Accessibility, **2**: 21-3
- Clause 12 (2) - Reasonable compensation deemed where agreement entered into, **3**: 38, 39; **4**: 29; **6**: 12, 14, 18, 19-20
- Clause 12 (2) (b), **6**: 18
- Clause 29 (7) - Saving, **3**: 29, 30, 34-5

Discussion

- Clause 2 - Definitions, **4**: 8; **5**: 11, 14, 24
- Clause 3[3 (2) (c)] - Primary objective of Canadian health care policy, **1**: 16; **2**: 19-20
- Clause 3 (2) - Other Canadian health care policy objectives, **3**: 10
- Clause 9 - Comprehensiveness, **4**: 8; **5**: 24
- Clause 11, **5**: 24
- Clause 12, **3**: 36-7; **5**: 10, 13-4, 27, 28, 40; **7**: 32
- Clause 12 (1) (c) - Accessibility, **3**: 39-40; **4**: 19; **5**: 11
- Clause 12 (2) - Reasonable compensation deemed where agreement entered into, **1**: 32-5; **2**: 13-4, 17; **3**: 8-10, 12-5, 37-8, 40, 41; **4**: 19, 22-3; **5**: 12, 24; **6**: 12-3; **7**: 10-1, 12-3, 14-5
- Clause 12 (2) (c), **4**: 20-1, 30-1; **6**: 21
- Clause 13 - Conditions, **5**: 30
- Clause 18 - Extra-billing, **1**: 18-9
- Clause 19, **5**: 24
- Clause 19 (1)[19] - User charges, **1**: 18-9; **3**: 15
- Clause 19 (2) - Limitation, **1**: 36-7; **3**: 15, 53
- Clause 20 (6)[20 (4)] - Refund to province, **5**: 36
- Clause 20 (7) - Saving, **3**: 29-30
- Clause 22 - Regulations, **5**: 24; **7**: 35
- Clause 25, **1**: 25; **6**: 26
- Clause 34[33] - Commencement, **1**: 13-4; **5**: 43
- Preamble, **3**: 25; **5**: 20; **6**: 7; **7**: 10

Coming into force, **1**: 13-4; **5**: 24, 38, 43-5, 46; **6**: 8, 22-3, 24-5

Comparison, Hospital Insurance and Diagnostic Services Act and Medical Care Act, **1**: 28; **3**: 30, 34, 38-9

Definitions

- Health care practitioner, **4**: 8, 14
- Hospital services, **5**: 14

Drafting, **1**: 15

- Federal-provincial consultations, **1**: 10, 14-5, 30-1; **3**: 8, 9-10; **5**: 13, 21, 27; **6**: 14, 15

Historical background, **1**: 10-2; **5**: 8

Modifications proposed

- Binding arbitration, **2**: 6, 13, 17-8; **4**: 19-20
- Coming into force, delay, **5**: 38, 46, 47; **6**: 8, 22, 24-5
- Reasonable compensation, **5**: 10, 18-9

Modifications proposed by minister

- Canadian health care policy objectives, **3**: 10; **5**: 26
- Deduction for extra-billing or user charges, limitation, **1**: 14
- Health care practitioner, definition, **6**: 7
- Reasonable compensation, **1**: 29-35; **3**: 8-9, 12; **5**: 13-4, 39

Alberta—SuiteGouvernement, position—*Suite*

Services de santé, Comité pour étudier, **5**: 32

Santé, services

Frais, **1**: 23

Hôpitaux, **1**: 23; **2**: 9

Partage des frais entre le gouvernement fédéral et la province, **1**: 22-3

Allen, M. R.J., directeur général, Politique, liaison et développement, ministère de la Santé nationale et du Bien-être social

Bill C-40, discussion, **10**: 23-6, 30-3

Allocations aux anciens combattants, Loi

Amendements, **9**: 6-7

Effet sur le ministère, **9**: 24

Allocations aux anciens combattants, Loi et la Loi sur les pensions et allocations de guerre pour les civils, Loi modifiant et apportant des modifications connexes à d'autres lois*Voir*

Bill C-39

Anderson, honorable Margaret Jean, sénateur (Northumberland-Miramichi)

Bill C-3, teneur, **7**: 25

Bill C-5, **11**: 16

Anciens combattants

Age, **9**: 8

Allocation de soins, **9**: 13, 14

Allocations aux anciens combattants

Admissibilité, **9**: 8-11

Augmentation

Coût, **9**: 8

Échelonnement, élimination, **9**: 7

Bill C-39, effet, **9**: 9

Exemptions, **9**: 11

Pension, comparaison, **9**: 11-3

Programme, principe fondamental, **9**: 9-10

Exposition à la radioactivité, effets, étude, **9**: 21-2

Incapacités, réévaluation, **9**: 19-21

Logement, **9**: 14; **10**: 15-6

Lois, refonte, utilité, **9**: 21

Pensions

Allocations aux anciens combattants, comparaison, **9**: 11-3

Décisions, **9**: 18-20, 25-6

Bénéfice du doute, principe, **9**: 22-3

Demandes, **19**: 18-9

Prestations, diminution, **9**: 20-1

Prestations de veuve, **9**: 12-3

Anciens combattants qui avancent en âge, programme

Voir sous Affaires des anciens combattants, ministère

Asselin, honorable Martial, sénateur (Stadacona)

Bill C-3, **8**: 31-3, 38, 39

Bill C-3, teneur, **1**: 14-5, 16, 27; **7**: 28, 32, 35

Assistance publique du Canada, Régime*Voir*

Régime d'assistance publique du Canada

Bill C-3 - Canada Health Act, subject-matter—Cont'd

The numbers between square brackets denote the original numbering of the clauses of the bill—Cont'd

Modifications proposed by minister—Cont'd

User charges, limitation, **1**: 36-8; **2**: 9-10

Nature, **7**: 30, 36

Purpose, **2**: 19-20; **3**: 30; **7**: 6

Achievement, means, **1**: 16-9

Limitations, **3**: 26

Political considerations, **5**: 9, 10

Ramifications

Chronic care patients, **3**: 15

Doctors

Opting out, **1**: 18-20; **4**: 20

Status, **7**: 23

Extra billing, **7**: 12, 14

Federal-provincial relations, **5**: 30-1

Health care practitioners, definition, inclusion, **4**: 8, 14; **7**: 7

Health services, **7**: 17-8

British Columbia, **5**: 20-1, 47

Costs, federal and provincial, **3**: 30-1; **5**: 14-5, 18, 27, 38-9, 43

Nova Scotia, **5**: 46-7

Ontario, **5**: 36

Prince Edward Island, **5**: 34, 45

Medicare, **7**: 35

Consensual system, **5**: 17, 18, 19; **7**: 30

Universality, **6**: 6

Provinces, jurisdiction and powers, **3**: 9-10; **5**: 25, 28, 39-40; **6**: 8, 13, 14; **7**: 32-3

Reasonable compensation, **3**: 11-5; **5**: 13-4, 18-9, 25-6, 27, 39

Relations between medical profession and provincial government, **3**: 38

User charges, **1**: 39; **5**: 24

Recommendations

Application, suspension, **7**: 31-2

Prompt passage, **6**: 7

Third reading, postponement, **7**: 10

Version acceptable to provinces, passage, **5**: 11, 12

Regulations, **3**: 11

Report to Senate, **7**: 6-8

Scope, **1**: 23-4, 35-6; **3**: 38-9; **5**: 13; **7**: 30, 34-5

Limitations, **1**: 28; **5**: 23, 25, 31

Mental health services, exclusion, **4**: 13

Title, **1**: 20-1; **3**: 23, 40; **5**: 26, 31; **7**: 6

See also

Bill C-3

Bill C-5 - Act to amend the Radiation Emitting Devices Act

The numbers in square brackets refer to the sections of the Radiation Emitting Devices Act

Comparison, Atomic Energy Control Act, **11**: 12

Definition of "genetic injury", omission, **11**: 10-1

Discussion

Clause 4[10.2 (2)] - Where owner's consent deemed to have been given, **10**: 14-5

Clause 5[11. (1)] - Regulations, **11**: 10

Drafting, federal-provincial consultations, **11**: 9

Purpose, **11**: 7

Ramifications, **11**: 8, 11, 15-7

Report to Senate without amendment, **11**: 6, 17

Scope, **11**: 8, 13-4

Bill C-12 - Federal-Provincial Fiscal Arrangements and Established Programs Financing Act, 1977, Act to amend

Scope, **8**: 35, 36

Association canadienne des anciens combattants au Royaume-Uni, **9**: 26-7

Association des facultés de médecins du Canada

Corps médical, répartition, études, **2**: 29

Association des hôpitaux du Canada (AHC)

Bill C-3

Mémoires

Ministre de la Santé nationale et du Bien-être social, **3**: 48-9

Santé, Bien-être social et Affaires sociales, Comité permanent de la Chambre des communes, **3**: 49

Position, **3**: 49, 53

Conseil de santé du Canada, création, recommandation, **3**: 49, 50

Frais modérateurs, position, **3**: 50

Organisation, **3**: 48

Association des infirmières et infirmiers du Canada

Examen national pour les infirmières et infirmiers, administration, **4**: 10

Membres, **4**: 7

Mémoire, **4**: 7, 17

Position et politiques

Bill C-3, **4**: 7, 9

Professionnels de la santé, définition, inclusion, **4**: 8; **8**: 7

Programme de services de santé complet, mise en oeuvre, **4**: 15-7

Services de santé, étude, **4**: 15

Recommandations, **4**: 9, 11-3

But, **4**: 13-4

Association médicale canadienne (AMC)**Études**

Corps médical, répartition, **2**: 29

Méthodes de se contrôler, **2**: 16

Santé, services, **1**: 29; **2**: 6

Lettre ouverte adressée à l'honorable Monique Bégin et à M. David Weatherhead, député, concernant Bill C-3, **2**: 18-20

Positions et politiques

Assurance-maladie, **2**: 6

Bill C-3, **2**: 5-6, 8-9, 12

Manitoba Medical Association, renonciation de la surfacturation, **6**: 16

Rapport Hall, **2**: 11

Rémunération raisonnable, **2**: 12-3, 17-8; **5**: 39; **8**: 15-20

Rémunération, accord, modèle, source, **8**: 33-4

Surfacturation et frais modérateurs, position des Canadiens, sondage, **7**: 22

Association médicale de l'Ontario

Voir

Ontario Medical Association

Association médicale du Yukon

Honoraires, barème, négociations, **5**: 21

Assurance-hospitalisation et services diagnostiques, Loi

Bill C-3, comparaison, **1**: 28; **8**: 37

Dispositions

Accords fédéraux-provinciaux, **5**: 17

Financement, **1**: 12

Incidence, **1**: 15

Remplacement par le Bill C-3, **7**: 6

Bill C-37 - Act to amend the National Housing Act

Discussion, Clause 7 (2) (b), **10**: 22

Purpose, **10**: 9-10

Report to Senate without amendment, **10**: 8, 22-3

Scope, limitations, **10**: 14

Bill C-39 - Act to amend the War Veterans Allowance Act, the Civilian War Pensions and Allowance Act and certain other Acts in relation thereto

Purpose, **9**: 6-7

Bill C-40 - Act to amend the Old Age Security Act

Report to Senate without amendment, **10**: 8, 33

Scope

Benefits lost or paid as a result of erroneous advice, **10**: 24-5

Repayment to province of social assistance, **10**: 25

Retroactive payments, **10**: 24

Spouse's allowance, **10**: 23-4

Bill C-40 (32nd Parliament, 1st Session)

See

Statute Law (Military and Civilian War Pensions, Compensation and Allowance) Amendment Act, 1980

Bill C-49 - Western Arctic (Inuvialuit) Claims Settlement Act

Discussion

Clause 5 - Construction, **11**: 27-8

Clause 6 - Payments out of C.R.F., **11**: 26

Purpose, **11**: 18

Ramifications, Charter of Rights, **11**: 29

Report to Senate without amendment, **11**: 6, 31-2

Blom, A.R., Director of Communications, Medical Society of Nova Scotia

Bill C-3, subject-matter, discussion, **3**: 44-5

Bonnell, Hon. M. Lorne, Senator (Murray River), Committee Chairman

Bill C-3, **8**: 6-7, 8-9, 36-7, 38-9

Bill C-3, subject-matter

Amendment, **3**: 29-30, 34-5, 38-9

Canadian Health Coalition, **6**: 8-9

Canadian Medical Association, **2**: 6, 18-9

Canadian Nurses Association, **4**: 12-3

Coming into force, **6**: 8, 25

Doctors, **1**: 29-30; **2**: 6, 23-5; **4**: 23-4, 31-2

Federal-provincial conferences, **6**: 15

Health services, **1**: 28-9; **3**: 15, 52-3; **6**: 25

Committee to study, proposal, **3**: 23-4, 40; **4**: 14-5; **5**: 31-7, 44

Hearings, program, **4**: 35-6

Hospitals, **3**: 55-6

Manitoba, **6**: 15-6

Medical Society of Nova Scotia, **3**: 40-1

Medicare, **6**: 10-1

Nova Scotia, **3**: 45-6

Procedure, **1**: 9-10, 38, 39, 41; **2**: 5, 7, 10, 20, 30; **3**: 6, 24, 35, 42, 47, 50, 53, 57; **4**: 6, 18, 25, 29, 32; **5**: 6-7, 8, 10, 12, 16, 19, 23, 24, 26, 28, 30, 37, 38, 42, 43, 46, 47-8; **6**: 6, 7, 11-2, 17, 19, 26-7; **7**: 37

Purpose, **1**: 19

Ramifications, **3**: 12-5, 30-1, 39-40; **4**: 19-20, 22; **6**: 19

Scope, **1**: 28

Study, **1**: 13, 16, 39-41

Bill C-5, **11**: 7, 10, 12, 17

Bill C-37, **10**: 9, 10, 22-3

Assurance-maladie

Abus, **7**: 33

Surveillance et prévention, **3**: 29; **7**: 31

Accessibilité, **6**: 6; **7**: 30

Association médicale canadienne, position, **2**: 6

Canadian Association of Interns and Residents, position, **2**: 21

Coûts, augmentation, **7**: 29, 33

Érosion, **1**: 10, 11-2, 16-7; **2**: 6; **6**: 9, 10-1; **8**: 13, 28-9

Fédération des médecins résidents et internes du Québec, position, **2**: 21

Financement, **1**: 12, 39; **5**: 24; **6**: 10; **8**: 31

Manitoba, **3**: 19, 20

Versements fédéraux, **1**: 21-3, 24-8; **3**: 9, 16; **3A**: 1, 6-9; **6**: 13; **8**: 35, 36

Obligations de la province, **3**: 11; **8**: 10-2, 25-6, 34

Frais modérateurs et surfacturation, **1**: 11, 12; **8**: 12

Sanctions, **1**: 17-9; **6**: 6; **8**: 10, 24, 35

Malades chroniques, **1**: 36-8

Manquements

Détermination, **8**: 27-8

Procédures, **8**: 10-1, 14-5, 21-6

Médecins

Accès au régime, **2**: 21-3, 25-6, 29-30; **7**: 7

Désaffiliation, **1**: 18-20

Portée, **1**: 24, 35; **2**: 10; **4**: 15

Élargissement, besoin, **4**: 7-8

Position des Canadiens, sondage, **7**: 22

Pour une assurance-santé universelle, politique fédérale, **1**: 11

Primes, **4**: 26, 27; **6**: 6, 9

Provinces, position, **5**: 8; **6**: 8

Régime consensuel, **7**: 29

Rencontres et conférences

Colloques locaux, **1**: 11

Fédérales-provinciales, **1**: 10; **5**: 13, 22-3, 46; **8**: 35-6

Santé et services de santé, effet, **3**: 25-6; **7**: 18-9, 21, 27-8, 29, 36

Transférabilité, **3**: 11, 19-20; **5**: 40; **8**: 26-7

Autochtones

Problèmes, étude, motion pour renvoyer à un sous-comité du Comité, **4**: 4

Revendications territoriales, règlement, limitations, **11**: 30

Voir aussi

Inuvialuit

Baergen, M. E.H., directeur exécutif, Saskatchewan Medical Association

Bill C-3, teneur, discussion, **7**: 14

Bégin, honorable Monique, ministre de la Santé nationale et du Bien-être social

Bill C-3

Amendements, interprétation, **3**: 13

Association médicale canadienne, lettre, **2**: 18-20

Discussion, **8**: 7-36

Ministres provinciaux, rencontres, **5**: 13, 22-3, 46

Bill C-3, teneur

Discussion, **1**: 13-39

Exposé, **1**: 10-3

Position et politiques

Assurance-maladie, accès, **7**: 18, 21

Frais modérateurs et surfacturation, sanctions, citation, **8**: 35

Médecins, accès au régime d'assurance-maladie, **2**: 23

Surfacturation, citation, **7**: 22

SRG, augmentation, communiqué, **10**: 26

Bonnell, Hon. M. Lorne, Senator (Murray River), Committee Chairman—Cont'd

Bill C-40, **10**: 23, 27-8, 29, 33

Bill C-49, **11**: 17-8, 19, 26, 29, 31-2

Biographical note, **5**: 6

Election, **1**: 7

Examination of the expenditures pertaining to Veterans Affairs set out in the Estimates laid before Parliament for the fiscal year ending March 31, 1985, **9**: 6, 7-8, 10, 23, 27-8

Organization meeting, **1**: 7-9

Social Affairs, Science and Technology, Standing Senate Committee, **4**: 6, 32-5

Bosa, Hon. Peter, Senator (York-Caboto)

Bill C-3, **8**: 37

Bill C-3, subject-matter, **7**: 11-3, 26, 27, 33, 34

Bill C-37, **10**: 20-1

Bill C-40, **10**: 24, 30-1

Bouffard, Denis, Clerk, Social Affairs, Science and Technology, Standing Senate Committee

Organization meeting, procedure, **1**: 7

Boundaries

Territorial, negotiations, **11**: 27-8

Breau Committee

See

Federal-Provincial Fiscal Arrangements, Special Committee

Britain

See

United Kingdom

British Columbia

Bill 24 (1983) - Medical Services Act, **4**: 31

Doctors

Billing numbers, restrictions, **2**: 21-2, 23-4, 25-6, 29; **4**: 31

Compensation

Agreement with province, process, **4**: 26-7, 28

7 per cent give-back, **4**: 28, 30, 31-2

Extra billing, **4**: 26-7, 28; **5**: 22

Patterns of Practice Committee, **4**: 26, 27

Government, position

Bill C-3, **5**: 22-3, 33

Health services, study, **5**: 33-4

Health Resources Fund, moneys, transfer, **3**: 56, 57

Health services

Bill C-3, impact, **5**: 20-1, 47

Costs, **1**: 23

Long-term care program, **5**: 20-1

Medical Service Plan Act, 1981 (Bill 16, 1981), **4**: 28

Medicare, **4**: 25-8

Social Assistance Medical Service (SAMS), **4**: 25

British Columbia Medical Association (BCMA)

Position and policies

Bill C-3, **4**: 28-9

Doctors, maldistribution, **4**: 31

Strikes, **4**: 29

Brown, Colin, President, National Citizens' Coalition

Bill C-3, subject-matter

Discussion, **7**: 24-5, 28

Statement, **7**: 16-8

Belgique

Paielements hypothécaires, protection, programme, **10**: 10

Pensions de vieillesse, entente réciproque avec le Canada, **10**: 31

Bell, honorable Ann Elizabeth, sénateur (Nanaimo-Malaspina)

Bill C-3, teneur, **7**: 36

Bill C-49, **11**: 31

Bielish, honorable Martha P., sénateur (Lakeland)

Bill C-3, teneur, **1**: 39; **6**: 9, 11, 14, 16

Bill C-37, **10**: 20

Bill C-40, **10**: 31

Bill C-3 - Loi canadienne sur la santé

Amendements réputés avoir été proposés et rejetés

Art. 12 (2) - Présomption de rémunération raisonnable en cas d'accord, **8**: 37

Art. 13 (b) - Obligations de la province, **8**: 37

Art. 15 (3) - Avis, **8**: 38

Art. 15 (4) - Entrée en vigueur du décret, **8**: 38

Art. 22 - Règlements, **8**: 38

Discussion

Art. 2 - Définitions, **8**: 6-8

Art. 11 (1) (b) (ii) - Transférabilité, **8**: 26-7

Art. 12 (2) - Présomption de rémunération raisonnable en cas d'accord, **8**: 15-7, 18-21

Art. 13 - Obligations de la province, **8**: 25

Art. 14, **8**: 14, 24-5

Art. 14 (2) - Étapes de la consultation, **8**: 36-7

Art. 15 (3) - Avis, **8**: 21-4

Art. 15 (4) - Entrée en vigueur du décret, **8**: 21-4

But, **8**: 11, 13, 34-5

Comparaisons, Assurance-hospitalisation et les services diagnostiques, Loi, **8**: 37

Définition, «Professionnel de la santé», **8**: 6-7

Entrée en vigueur, **8**: 29-30

Historique, appui, Chambre des communes, **8**: 32

Modifications, **8**: 9-10

Nature, constitutionnalité, **8**: 10-1, 20-1

Portée, **8**: 30-1

Rémunération raisonnable, **8**: 18-21

Ramifications

Décret de réduction ou de retenue, **8**: 10-1, 21-6

Obligations de la province, **8**: 25-6, 34

Pénalités concernant les frais modérateurs et la surfacturation, **8**: 10

Professionnels de la santé, définition, inclusion, **8**: 7-8

Provinces, contrôle exercé par le gouvernement fédéral, **8**: 13-4

Règlements, **8**: 28

Rapport au Sénat sans amendement, **8**: 5, 36

Rédaction, **8**: 37

Voir aussi

Bill C-3, teneur

Bill C-3, Loi canadienne sur la santé, teneur

Les numéros entre parenthèses carrées indiquent la numérotation originale des articles du bill

Amendements proposés par un témoin

Art. 12 - Accessibilité, **2**: 21-3

Art. 12 (2) - Présomption de rémunération raisonnable en cas d'accord, **3**: 38, 39; **4**: 29; **6**: 12, 14, 18, 19-20

Art. 12 (2) (b), **6**: 18

Art. 20 (7) - Réserve, **3**: 29, 30, 34-5

Discussion

Art. 2 - Définitions, **4**: 8; **5**: 11, 14, 24

CAIR*See*

Canadian Association of Interns and Residents

CAP*See*

Canada Assistance Plan

CAT*See*

Health services — Computerized axial tomography scanner

CHA*See*

Canadian Hospital Association

CHOSP*See*

Housing — Canadian Home Ownership Stimulation Program

CMA*See*

Canadian Medical Association

CMHC*See*

Canada Mortgage and Housing Corporation

COPE*See*

Committee for Original Peoples' Entitlement

Campbell, Hon. W. Bennett, Minister of Veterans Affairs

Examination of the expenditures pertaining to Veterans Affairs set out in the Estimates laid before Parliament for the fiscal year ending March 31, 1985
 Discussion, **9**: 6-20, 21-8
 Introductory remarks, **9**: 6

Canada Assistance Plan (CAP)Scope, **1**: 38-9**Canada Gazette**Notice of order of sanctions, publication, **8**: 25, 26**Canada Health Act***See*

Bill C-3

Canada Health Act, subject-matter*See*

Bill C-3, subject-matter

Canada Health Council (proposed)

Composition, **4**: 12
 Establishment, recommendations, **3**: 49, 50; **4**: 9
 Purpose, **4**: 9, 11-2, 17-8

Canada Mortgage and Housing Corporation (CMHC)

Canada Mortgage Renewal Plan, **10**: 13
 Mortgage-backed securities program, **10**: 19-20, 22

Bill C-3, Loi canadienne sur la santé, teneur—Suite

Les numéros entre parenthèses carrées indiquent la numérotation originale des articles du bill—Suite

Discussion—SuiteArt. 3[3 (2) (c)] - Objectif premier, **1**: 16; **2**: 19-20Art. 3 (2) - Objectifs complémentaires, **3**: 10Art. 9 - Intégralité, **4**: 8; **5**: 24Art. 11, **5**: 24Art. 12, **3**: 36-7; **5**: 10, 13-4, 27, 28, 40; **7**: 32Art. 12 (1) (c) - Accessibilité, **3**: 39-40; **4**: 19; **5**: 11

Art. 12 (2) - Présomption de rémunération raisonnable en cas d'accord, **1**: 32-5; **2**: 13-4, 17; **3**: 8-10, 12-5, 37-8, 40, 41; **4**: 19, 22-3; **5**: 12, 24; **6**: 12-3; **7**: 10-1, 12-3, 14-5

Art. 12 (2) (c), **4**: 20-1, 30-1; **6**: 21Art. 13 - Obligations de la province, **5**: 40Art. 18 - Surfacturation, **1**: 18-9Art. 19, **5**: 24Art. 19 (1)[19] - Frais modérateurs, **1**: 18-9; **3**: 15Art. 19 (2) - Réserve, **1**: 36-7; **3**: 15, 53Art. 20 (6)[20 (4)] - Remboursement à la province, **5**: 36Art. 20 (7) - Réserve, **3**: 29-30Art. 22 - Règlements, **5**: 24; **7**: 35Art. 25, **1**: 25; **6**: 26Art. 34[33] - Entrée en vigueur, **1**: 13-4; **5**: 43Préambule, **3**: 25; **5**: 20; **6**: 7; **7**: 10But, **2**: 19-20; **3**: 30; **7**: 6Considérations politiques, **5**: 9, 10Limitations, **3**: 26Réalisation, moyens, **1**: 16-9

Comparaisons, Assurance-hospitalisation et services diagnostiques, Loi et Soins médicaux, Loi, **1**: 23; **3**: 30, 34, 38-9

DéfinitionsProfessionnel de la santé, **4**: 8, 14Services hospitaliers, **5**: 14Entrée en vigueur, **1**: 13-4; **5**: 24, 38, 43-5, 46; **6**: 8, 22-3, 24-5Historique, **1**: 10-3; **5**: 8**Modifications proposées**Arbitrage exécutoire, **2**: 6, 13, 17-8; **4**: 19-20

Déduction en cas de surfacturation ou frais modérateurs, réserve, **1**: 14

Entrée en vigueur reportée, **5**: 38, 46, 47; **6**: 8, 22, 24-5Frais modérateurs, réserve, **1**: 36-8; **2**: 9-10Politique canadienne de la santé, **3**: 10; **5**: 26Rémunération raisonnable, **5**: 10, 18-9**Modifications proposées par le ministre**Professionnel de la santé, définition, **6**: 7Rémunération raisonnable, **1**: 29-35; **3**: 8-9, 12-4; **5**: 13-4, 39Nature, **7**: 30, 36Portée, **1**: 23-4, 35-6; **3**: 38-9, 43; **5**: 13; **7**: 30, 34-5Limitations, **1**: 28; **5**: 23, 25, 31Soins psychiatriques, exclusion, **4**: 13**Ramifications**Assurance-maladie, **7**: 35Régime consensuel, **5**: 17, 18, 19; **7**: 30Universalité, **6**: 6Frais modérateurs, **1**: 39; **5**: 24Malades chroniques, **3**: 15**Médecins**Désaffiliation, **1**: 18-20; **4**: 20Situation, **7**: 23Professionnels de la santé, définition, inclusion, **4**: 8, 14; **7**: 7

Provinces, juridiction et pouvoirs, **3**: 9-10; **5**: 25, 28; **6**: 8, 13, 14; **7**: 32-3

Relations entre le corps médical et le gouvernement provincial, **3**: 38

Relations fédérales-provinciales, **5**: 30-1Rémunération raisonnable, **3**: 11-5; **5**: 13-4, 18-9, 25-6, 27, 39

Canada Mortgage and Housing Corporation (CMHC)—Cont'd

- Mortgage Rate Protection Program
 - Belgian plan, comparison, **10**: 10
 - Funds, disposition, **10**: 21-2
 - Participation rate, **10**: 12, 13
 - Premium, **10**: 10-1, 16-9, 21
 - Protection, **10**: 11, 18-9, 20-1
 - Purpose, **10**: 9-10
 - Risk to government, **10**: 12
- Residential Rehabilitation Assistance Program (RRAP), **10**: 14-5, 20
- Rural and Native Housing Program
 - Applications, **10**: 14
 - Beneficiaries, **10**: 20
 - Loans, **10**: 14
 - Modifications, justification, **10**: 10
 - Provincial participation, **10**: 10, 15
- Senior citizens' housing
 - Rents, **10**: 27
 - Subsidies, **10**: 27, 28
- Social housing programs, **10**: 16

Canada Mortgage Renewal Plan

See under Canada Mortgage and Housing Corporation

Canada's National-Provincial Health Program for the 1980's (Hall Report)

- Doctors, compensation, quotation, **2**: 11; **3**: 37
- Provinces, position, **2**: 14
- Recommendations
 - Canada Health Council, **3**: 49
 - Doctors, compensation and extra billing, **1**: 29; **2**: 11, 12

Canadian Association of Interns and Residents (CAIR)

- Bill C-3
 - Amendment proposed, **2**: 21-3
 - Position, **2**: 21, 28
- Doctors, access to medicare system, position, **2**: 21, 22-4, 25
- Mandate, **2**: 20-1
- Medical manpower distribution, studies, **2**: 29

Canadian Health Coalition

- Activities, Nova Scotia, **5**: 9
- Bill C-3, position, **6**: 6-7, 8
- Brief to Standing House of Commons Committee on Health, Welfare and Social Affairs, **6**: 6
- Formation and membership, **6**: 5, 8

Canadian Hospital Association (CHA)

- Bill C-3
 - Briefs
 - Health, Welfare and Social Affairs, Standing House of Commons Committee, **3**: 49
 - Minister of National Health and Welfare, **3**: 48-9
 - Position, **3**: 49, 53
- Canada Health Council, establishment, recommendation, **3**: 49, 50
- Organization, **3**: 48
- User fees, position, **3**: 50

Canadian Medical Association (CMA)

- Compensation agreement model, source, **8**: 33-4
- Extra billing and user charges, position of Canadians, poll, **7**: 22
- Open letter to Hon. Monique Bégin and David Weatherhead, MP *re* Bill C-3, **2**: 18-20

Bill C-3, Loi canadienne sur la santé, teneur—Suite

Les numéros entre parenthèses carrées indiquent la numérotation originale des articles du bill—Suite

Ramifications—Suite

- Santé, services, **7**: 17-8
 - Colombie-Britannique, **5**: 20-1, 47
 - Coûts fédéraux et provinciaux, **3**: 30-1; **5**: 14-5, 18, 27, 38-9, 43
 - Ile-du-Prince-Édouard, **5**: 34, 45
 - Nouvelle-Écosse, **5**: 46-7
 - Ontario, **5**: 36
- Surfacturation, **7**: 12, 14
- Rapport au Sénat, **7**: 6-8
- Recommandations
 - Adoption rapide, **6**: 7
 - Application, suspension, **7**: 31-2
 - Troisième lecture, report, **7**: 10
 - Version acceptable aux provinces, adoption, **5**: 11, 12
- Rédaction, **1**: 15
 - Consultations fédérales-provinciales, **1**: 10, 14-5, 30-1; **3**: 8, 9-10; **5**: 13, 21, 27; **6**: 14, 15
- Règlements, **3**: 11
- Titre, **1**: 20; **3**: 23, 40; **5**: 26, 31; **7**: 6
- Voir aussi*
- Bill C-3

Bill C-5 - Loi modifiant la Loi sur les dispositifs émettant des radiations

Les numéros entre parenthèses carrées indiquent les articles de la Loi sur les dispositifs émettant des radiations

- But, **11**: 7
- Comparaison avec la Loi sur le contrôle de l'énergie atomique, **11**: 12
- Définition de «troubles génétiques», omission, **11**: 10-1
- Discussion
 - Art. 4[10.2 (2)] - Présomption de consentement, **10**: 14-5
 - Art. 5[11. (1)] - Règlements, **11**: 10
- Portée, **11**: 8, 13-4
- Ramifications, **11**: 8, 11, 15-7
- Rapport au Sénat sans amendement, **11**: 6, 17
- Rédaction, consultations fédérales-provinciales, **11**: 9

Bill C-12 - Accords fiscaux entre le gouvernement fédéral et les provinces et sur le financement des programmes établis, Loi de 1977, Loi modifiant

Portée, **8**: 35, 36

Bill C-37 - Loi modifiant la Loi nationale sur l'habitation

- But, **10**: 9-10
- Discussion, Art. 7 (2) (b), **10**: 22
- Portée, limitations, **10**: 14
- Rapport au Sénat sans amendement, **10**: 8, 22-3

Bill C-39 - Loi modifiant la Loi sur les allocations aux anciens combattants et la Loi sur les pensions et allocations de guerre pour les civils et apportant des modifications connexes à d'autres lois

But, **9**: 6-7

Bill C-40 - Loi modifiant la Loi sur la sécurité de la vieillesse

- Portée
 - Allocation au conjoint, **10**: 23-4
 - Palements à effet rétroactif, **10**: 24
- Prestations perdues ou payées en vertu de conseils erronés, **10**: 24-5
- Remboursement à la province des allocations de bien-être social, **10**: 25
- Rapport au Sénat sans amendement, **10**: 8, 33

Canadian Medical Association (CMA)—Cont'd

Position and policies

Bill C-3, **2**: 5-6, 8-9, 12Hall Report, **2**: 11Manitoba Medical Association, giving up of extra billing, **6**: 16Medicare, **2**: 6Reasonable compensation, **2**: 12-3, 17-8; **5**: 39; **8**: 15-20

Studies

Health services, **1**: 29; **2**: 6Medical manpower distribution, **2**: 29Self-policing methods, **2**: 16**Canadian Nurses Association**Brief, **4**: 7, 17Membership, **4**: 7National examination for nurses, administration, **4**: 10

Position and policies

Bill C-3, **4**: 7, 9Health care practitioners, definition, inclusion, **4**: 8; **8**: 7Comprehensive medicare program, implementation, **4**: 15-7Health services, study, **4**: 15Recommendations, **4**: 9, 11-3Purpose, **4**: 13-4**Canadian Pension Commission**Adjudication of pensions, **9**: 23Attendance allowance, policy, **9**: 13Employees, **9**: 17-8Fact sheet, **9**: 23; **9A**: 1-2Medical examinations, **9**: 20, 22**Canadian Veterans Association of the United Kingdom, 9**: 26-7**Cash contributions by Canada in respect of insured health services provided under provincial health care insurance plans and amounts payable by Canada in respect of extended health care services, Law relating to, and to amend and repeal certain Acts in consequence thereof***See*

Bill C-3

Bill C-3, subject-matter

Castonguay, Claude, former Minister of Social Affairs, Province of Quebec

Bill C-3, subject-matter

Discussion, **7**: 30-6Statement, **7**: 28-30Biographical note, **7**: 28**Churchill, Winston, former Prime Minister, United Kingdom**Socialism, definition, **7**: 22**Civil Service Act (Prince Edward Island)**Civil servants, recruitment, **9**: 15**Coffin, Everett, President, Canadian Medical Association**

Bill C-3, subject-matter

Discussion, **2**: 6-7, 11-2, 15-6, 17, 18-9, 20Statement, **2**: 5-6**Committee for Original Peoples' Entitlement (COPE)**Inuvialuit, representation, **11**: 19-20Inuvialuit Final Agreement, information tours, **11**: 20Land claims, negotiations, **11**: 18**Bill C-40 (32^e législature, 1^{re} session)***Voir*

Pensions, indemnisation et allocations relatives à la guerre, aux militaires et aux civils, Loi de 1980 modifiant la législation

Bill C-49 - Loi sur le règlement des revendications des Inuvialuit de la région ouest de l'ArctiqueBut, **11**: 18

Discussion

Art. 5 - Interprétation, **11**: 27-8Art. 6 - Paiements sur le Trésor, **11**: 26Ramifications, charte des droits, **11**: 29Rapport au Sénat sans amendement, **11**: 6, 31-2**Blom, M. A.R., directeur des Communications, Medical Society of Nova Scotia**Bill C-3, teneur, discussion, **3**: 44-5**Bonnell, honorable M. Lorne, sénateur (Murray River), président du Comité**Affaires sociales, des sciences et de la technologie, Comité sénatorial permanent, **4**: 6, 32-5Bill C-3, **8**: 6-7, 8-9, 36-7, 38-9

Bill C-3, teneur

Amendement, **3**: 29-30, 34-5, 38-9Association des infirmières et infirmiers du Canada, **4**: 12-3Association médicale canadienne, **2**: 6, 18-9Assurance-maladie, **6**: 10-1Audiences, programme, **4**: 35-6But, **1**: 19Coalition canadienne de la santé, **6**: 8-9Conférences fédérales-provinciales, **6**: 15Entrée en vigueur, **6**: 8, 25Étude, **1**: 13, 16, 39-41Hôpitaux, **3**: 55-7Manitoba, **6**: 15-6Médecins, **1**: 29-30; **2**: 6, 23-5; **4**: 23-4, 31-2Medical Society of Nova Scotia, **3**: 40-1Nouvelle-Écosse, **3**: 45-6Portée, **1**: 28Procédure, **1**: 9-10, 38, 39, 41; **2**: 5, 7, 10, 20, 30; **3**: 6, 24, 35, 42, 47, 50, 53, 57; **4**: 6, 18, 25, 29, 32; **5**: 6-7, 8, 10, 12, 16, 19, 23, 24, 26, 28, 30, 37, 38, 42, 43, 46, 47-8; **6**: 5, 7, 11-2, 17, 19, 26-7; **7**: 37Ramifications, **3**: 12-5, 30-1, 39-40; **4**: 10-20, 22; **6**: 19Santé, services, **1**: 28-9; **3**: 15, 52-3; **6**: 25Comité pour étudier, proposition, **3**: 23-4, 40; **4**: 14-5; **5**: 31-7, 44Bill C-5, **11**: 7, 10, 12, 17Bill C-37, **10**: 9, 10, 22-3Bill C-40, **10**: 23, 27-8, 29, 33Bill C-49, **11**: 17-8, 26, 29, 31-2Élection, **1**: 7Étude des dépenses relatives aux Affaires des anciens combattants contenues dans le Budget des dépenses déposé au Parlement pour l'année financière se terminant le 31 mars 1980, **9**: 6, 7-8, 10, 23, 27-8Note biographique, **5**: 6Réunion d'organisation, **1**: 7-9**Bosa, honorable Peter, sénateur (York-Caboto)**Bill C-3, **8**: 37Bill C-3, teneur, **7**: 11-3, 26, 27, 33, 34Bill C-37, **10**: 20-1Bill C-40, **10**: 24, 30-1

Constitution Act, 1867

Health care, responsibility, **5**: 19

Cottreau, Hon. Ernest G., Senator (South Western Nova)

Bill C-3, subject-matter, **6**: 27

Bill C-5, **11**: 17

Bill C-37, **10**: 22

Bill C-49, **11**: 31

Organization meeting, **1**: 9

Criminals

Behaviour, juvenile delinquency, link, **4**: 13

Crombie, Hon. David, former Minister of National Health and Welfare

Medicare, erosion, inquiry, **1**: 10

Deer Lodge Hospital, Winnipeg, Manitoba

Administration, **9**: 23

Desjardins, Hon. Laurent, Minister of Health, Government of Manitoba

Bill C-3, subject-matter

Discussion, **3**: 12-24

Statement, **3**: 6-12

Desjardins, Paul, President, Federation of Medical Specialists of Quebec

Bill C-3, subject-matter

Discussion, **6**: 19-21, 23-4

Introductory remarks, **6**: 17

Statement, **6**: 18

Doctors

Bill C-3, position, **7**: 7

Compensation, **1**: 29-30; **2**: 8; **8**: 15-6

Agreement with provinces, process, **1**: 33-4; **2**: 12-4, 17-8, 28; **3**: 13, 42; **4**: 20-2, 29-31; **6**: 15, 19-21; **7**: 30; **8**: 33

Arbitration panel

Chairman, appointment, **6**: 18, 21

Decision, alteration, **3**: 9; **4**: 20-1, 30-1; **6**: 21

British Columbia, **4**: 26-8, 30-2

Hospital visits, **7**: 20

Manitoba, **3**: 20

Nova Scotia, **3**: 42

Ontario, **4**: 22

Percentage paid by government, **7**: 21-2

Provinces, position, **1**: 31; **3**: 47

Quebec, **2**: 11-2; **6**: 19-20, 22; **7**: 15, 20

Reasonable, definition, **1**: 30-5; **3**: 13-4, 39-40

Saskatchewan, **7**: 9-10, 16

Distribution, **3**: 21-2, 27; **7**: 25-6

Measures to remedy, **2**: 26-8, 29; **4**: 31; **5**: 11-2

Extra billing, **1**: 16-7; **2**: 6, 7-8; **3**: 18, 22-3; **4**: 23-4; **6**: 11; **7**: 9-10

Elimination conditional upon adoption of compulsory arbitration or conciliation, **2**: 6, 11-4; **3**: 37-40; **4**: 19-20; **7**: 11-3, 14-5

Health services, costs, share, **2**: 15-6

Interns

Definition, **2**: 21

Salaries, **2**: 27

Medicare system

Abuse, **7**: 33

Monitoring, **3**: 29

Access, **2**: 21-6, 29; **4**: 31; **5**: 11-2; **7**: 7

Bouffard, M. Denis, greffier, Affaires sociales, des sciences et de la technologie, Comité sénatorial permanent

Séance d'organisation, procédure, **1**: 7

Breau, Comité

Voir

Accords fiscaux entre le gouvernement fédéral et les provinces, Comité spécial

British Columbia Medical Association

Position et politiques

Bill C-3, **4**: 28-9

Grèves, **4**: 29

Médecins, répartition, **4**: 31

Brown, M. Colin, président, National Citizens' Coalition

Bill C-3, teneur

Discussion, **7**: 24-5, 28

Exposé, **7**: 16-8

CAIR

Voir

Canadian Association of Interns and Residents

CEDA

Voir

Comité d'étude des droits des autochtones

CLI

Voir

Commission de lutte contre l'inflation

Caisse d'aide à la santé

But, **1**: 29; **3**: 56-7

Campbell, honorable W. Bennett, ministre des Affaires des anciens combattants

Étude des dépenses relatives aux Affaires des anciens combattants, contenues dans le Budget des dépenses déposé au Parlement pour l'année financière se terminant le 31 mars 1985

Discussion, **9**: 6-20, 21-8

Remarques introductives, **9**: 6

Canadian Association of Interns and Residents (CAIR)

Bill C-3

Amendement proposé, **2**: 21-3

Position, **2**: 21, 28

Corps médical, répartition, études, **2**: 29

Mandat, **2**: 20-1

Médecins, accès au système d'assurance-maladie, position, **2**: 21, 22-4, 25

Castonguay, M. Claude, ancien ministre des Affaires sociales, province de Québec

Bill C-3, teneur

Discussion, **7**: 30-6

Exposé, **7**: 28-30

Note biographique, **7**: 28

Centre hospitalier de l'université Laval

Clinique d'urgence, fréquentation, **7**: 31, 33

Churchill, Winston, ancien premier ministre, Royaume-Uni

Socialisme, définition, **7**: 22

Doctors—Cont'dMedicare system—*Cont'd*Access—*Cont'd*Bill C-3, ramifications, **5: 26**Opting out, **1: 19-20; 2: 25; 3: 23; 4: 18-9, 24; 5: 15-6**Bill C-3, ramifications, **1: 18-20**Residents, definition, **2: 21**Strikes, **1: 33, 34; 2: 17-8; 4: 21**Young doctors, impact on profession, **2: 22***See also*

Canadian Medical Association (CMA)

Duke, Gordon, President, Saskatchewan Medical Association

Bill C-3, subject-matter

Discussion, **7: 11-6**Statement, **7: 9-11****EPF***See*Federal-provincial fiscal arrangements — Established Programs
Financing Arrangements**Established Program Financing Arrangements (EPF)***See under* Federal-provincial fiscal arrangements**Europe**Doctors' strikes, **2: 18****External Affairs Department**Bill C-49, concerns, **11: 27****FMRIQ***See*

Fédération des médecins résidents et internes du Québec

Federal-provincial conferencesBill C-3, consultations, **6: 15; 8: 30, 31-3, 35-6**Health ministers, Winnipeg, 1980, **1: 10****Federal-provincial fiscal arrangements**Established Programs Financing Arrangements (EPF), **1: 22, 25-7, 29; 5: 14; 6: 26**Block funding, **3: 43-6; 8: 33**Health services, **6: 26; 8: 35, 36**Federal transfers as proportion of provincial health expenditures,
3A: 1-5Opting-out formula, **1: 25, 26**Tax points, provincial, collection, **1: 27-8***See also*Federal-Provincial Fiscal Arrangements and Established Programs
Financing Act, 1977**Federal-Provincial Fiscal Arrangements, Special Committee (Breau Committee)**Canada Health Council, establishment, recommendation, **3: 49**Medicare, funding, study, **1: 10-1****Federal-Provincial Fiscal Arrangements and Established Programs Financing Act, 1977**

Amendments

Bill C-3, **1: 25; 6: 26**Bill C-12, **8: 35**1982, **1: 24**Block funding, **1: 24-5; 8: 33****Civil Service Act (Ile-du-Prince-Édouard)**Fonctionnaires, recrutement, **9: 15****Coalition canadienne de la santé**Activités, Nouvelle-Écosse, **5: 9**Bill C-3, position, **6: 6-7, 8**Création et membres, **6: 5, 8**Mémoire présenté au Comité permanent de la Santé, du Bien-être et
des Affaires sociales de la Chambre des communes, **6: 6****Coffin, M. Everett, président, Association médicale canadienne**

Bill C-3, teneur

Discussion, **2: 6-7, 11-2, 15-6, 17, 18-9, 20**Exposé, **2: 5-6****Colombie-Britannique**Assurance-maladie, **4: 25-8**Bill 24 (1983) - Medical Services Act, **4: 31**Caisse d'aide à la santé, fonds, transfert, **3: 56, 57**

Gouvernement, position

Bill C-3, **5: 22-3, 33**Services de santé, étude, **5: 33-4**

Médecins

Comité des modèles de pratique, **4: 26, 27**Numéros de facturation, rationnement, **2: 21-2, 23-4, 25-6, 29-30; 4: 31**

Rémunération

Entente avec la province, processus, **4: 26-7, 28**Remboursement de 7 pour cent, **4: 28, 30, 31-2**Surfacturation, **4: 26-7, 28; 5: 22**Medical Services Plan Act, 1981 (Bill 16, 1981), **4: 28**

Santé, services

Bill C-3, effet, **5: 20-1, 47**Frais, **1: 23**Soins médicaux à long terme, programme, **5: 20**Social Assistance Medical Service (SAMS), **4: 25****Comité d'étude des droits des autochtones (CEDA)**Entente finale des Inuvialuit, voyages d'information, **11: 20**Inuvialuit, représentation, **11: 19-20**Revendications territoriales, négociations, **11: 18****Commission canadienne des pensions***Voir*

Pensions, Commission canadienne

Commission de la Fonction publique*Voir*

Fonction publique, Commission

Commission de lutte contre l'inflation (CLI)Médecins, dispositions, **4: 22****Conférence SOS assurance-santé**Tenue, **6: 5****Conférences fédérales-provinciales**Bill C-3, consultations, **6: 15; 8: 30, 31-3, 35-6**Ministres de Santé, Winnipeg, 1980, **1: 10****Conseil de santé du Canada (proposé)**But, **4: 9, 11-2, 17-8**Composition, **4: 12**Création, recommandations, **3: 49, 50; 4: 9**

Federal-Provincial Fiscal Arrangements and Established Programs Financing Act, 1977, Act to amend

See

Bill C-12

Federal-provincial relations

Confrontation, **5**: 9

Provincial jurisdiction, intrusion of federal government, **3**: 9-10, 39;
5: 13, 17-8, 19, 25, 28; **7**: 14, 32-3; **8**: 13-4, 20-1

Fédération des médecins résidents et internes du Québec (FMRIQ)

Bill C-3

Amendment proposed, **2**: 21-3

Position, **2**: 21, 28

Doctors, access to medicare system, position, **2**: 22-4, 25

Mandate, **2**: 21

Medical manpower distribution, studies, **2**: 29

Federation of General Practitioners of Quebec

Bill C-3

Brief and representations to Standing House of Commons Committee on Health, Welfare and Social Affairs, **6**: 17-8

Position, **6**: 23, 24-5

Recommendations, **6**: 18

Bill C-3, subject-matter, brief, **6**: 17-8, 24

Membership, **6**: 17

Federation of Medical Specialists of Quebec

Bill C-3

Brief and representations to Standing House of Commons Committee on Health, Welfare and Social Affairs, **6**: 17-8

Position, **6**: 23

Recommendations, **6**: 18

Bill C-3, subject-matter, brief, **6**: 17-8, 24

Membership, **6**: 17

Finance Department

Mortgage-backed securities, study, **10**: 22

Flynn, Hon. Jacques, Senator (Rougemont)

Bill C-3

Amendments, **8**: 37-9

Doctors, **8**: 33

Medicare, **8**: 10-5, 22, 23

Modifications, **8**: 9-10

Procedure, **8**: 8-9, 18

Purpose, **8**: 34-5

Bill C-3, subject-matter, **1**: 32; **7**: 14-5, 31

Fogarty, Hon. Albert P., Minister of Health and Social Services, Province of Prince Edward Island

Bill C-3, subject-matter

Discussion, **5**: 34-5, 45-6

Statement, **5**: 23-4

Fraser, Roderick D., Professor of Economics, Queen's University

Bill C-3, subject-matter

Discussion, **3**: 30-5

Statement, **3**: 24-9

Biographical note, **3**: 24-5

Freamo, B.E., Secretary General, Canadian Medical Association

Bill C-3, subject-matter, discussion, **2**: 7, 8-10, 13-4, 16-8, 19

Conseil national des associations des anciens combattants du Canada
Pensions relatives à la guerre, griefs, **9**: 18

Conseil privé

Gouvernement fédéral, exercice du pouvoir de dépenser, décision de 1936 et 1937, **8**: 20

Convention conclue entre le Comité d'étude des droits des autochtones, qui représente les Inuvialuit de la région désignée, au sens de la Convention, et le gouvernement du Canada

Voir

Entente finale des Inuvialuit

Cottreau, honorable Ernest G., sénateur (South Western Nova)

Bill C-3, teneur, **6**: 27

Bill C-5, **11**: 17

Bill C-37, **10**: 22

Bill C-49, **11**: 31

Réunion d'organisation, **1**: 9

Criminels

Comportement, délinquance juvénile, lien, **4**: 13

Crombie, honorable David, ancien ministre de la Santé nationale et du Bien-être social

Assurance-maladie, érosion, enquête, **1**: 10

Deer Lodge, hôpital, Winnipeg, Manitoba

Administration, **9**: 23

Desjardins, honorable Laurent, ministre de la Santé, Gouvernement de Manitoba

Bill C-3, teneur

Discussion, **3**: 12-24

Exposé, **3**: 6-12

Desjardins, M. Paul, président, Fédération des médecins spécialistes du Québec

Bill C-3, teneur

Discussion, **6**: 19-21, 23-4

Exposé, **6**: 18

Remarques introductives, **6**: 17

Duke, M. Gordon, président, Saskatchewan Medical Association

Bill C-3, teneur

Discussion, **7**: 11-6

Exposé, **7**: 9-11

Entente finale des Inuvialuit

Approbation, **11**: 19, 20

Bénéficiaires, **11**: 22-3

Dispositions

Chasse et pêche, **11**: 28

Conseils de bande, pouvoir de disposer des terres, **11**: 20-1

Cours d'eau, droits, **11**: 25

Indemnités pécuniaires, **11**: 19, 26, 28, 31

Titres de propriété et droits, **11**: 18-9, 21-2, 23-4

Information, voyages, **11**: 20

Inuk, droits individuels, protection, **11**: 25-6

Modification, **11**: 21, 26

Négociations, **11**: 18, 21

Objections, **11**: 20

Signature, **11**: 18, 19

Terres désignées, **11**: 18-9, 26

Frith, Hon. Royce, Senator (Lanark)Bill C-3, **8**: 6, 7-8, 36, 37Bill C-3, subject-matter, **1**: 15, 19Bill C-40, **10**: 32**GIS***See*

Guaranteed income supplement

Gagnon, Georges-Henri, Director, Professional Affairs, Federation of General Practitioners of Quebec

Bill C-3, subject-matter

Discussion, **6**: 20, 24-7Statement, **6**: 17-8**Gallagher, Hon. Charles, Minister of Health, Province of New Brunswick**

Bill C-3, subject-matter

Discussion, **5**: 32Statement, **5**: 10-2**Geekie, D.A., Director of Communications, Canadian Medical Association**Bill C-3, subject-matter, discussion, **2**: 7-8, 12-3, 14, 19-20**Gingras, Gustave, Chairman, Canadian Hospital Association**

Bill C-3, subject-matter

Discussion, **3**: 50-6Introductory remarks, **3**: 48**Glass, Helen, President, Canadian Nurses Association**

Bill C-3, subject-matter

Discussion, **4**: 9-13, 15, 17-8Introductory remarks, **4**: 6-7Statement, **4**: 7-9**Goudie, J.R., Director, Claims Policy, Office of Native Claims, Department of Indian and Northern Affairs**

Bill C-49

Discussion, **11**: 19-29, 30-1Statement, **11**: 18**Great Britain***See*

United Kingdom

Guaranteed income supplement (GIS)Increase, **10**: 29Instalments, **10**: 25Passing on to pensioners, **10**: 26-7, 28**Gulbraa, David, Director, Rural and Native Housing, Canada Mortgage and Housing Corporation**Bill C-37, discussion, **10**: 14-5, 20**Haidasz, Hon. Stanley, Senator (Toronto-Parkdale)**Bill C-3, **8**: 28, 30

Bill C-3, subject-matter

Canadian Association of Interns and Residents, **2**: 28Doctors, **2**: 11-3, 27-8; **3**: 18, 20-1, 42Health services, **1**: 36-8; **3**: 50Hospitals, **3**: 50-2, 54-5Manitoba, **3**: 18-21Medical Society of Nova Scotia, **3**: 42**Entente finale des Inuvialuit—Suite***Voir aussi plus bas* Territoires partagés avec les Déné-MétisTerritoires partagés avec les Déné-Métis, **11**: 22Traités conclus avec les Indiens, comparaison, **11**: 20**Établissement agricole des anciens combattants, Office, 9: 24-5****États-Unis**Aides-médecins, **3**: 32Anciens combattants exposés à la radioactivité, **9**: 21Cardiologie, centres, **7**: 19**Europe**Médecins, grèves, **2**: 18**Examen des services de santé '79**Commission d'enquête, création et mandat, **1**: 10**FMRIQ***Voir*

Fédération des médecins résidents et internes du Québec

Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

Bill C-3

Mémoire et représentations adressés au Comité permanent de la Santé, du Bien-être et des Affaires sociales de la Chambre des communes, **6**: 17-8Position, **6**: 23, 24-5Recommandations, **6**: 18Bill C-3, teneur, mémoire, **6**: 17-8, 24Membres, **6**: 17**Fédération des médecins résidents et internes du Québec (FMRIQ)**

Bill C-3

Amendement proposé, **2**: 21-3Position, **2**: 21, 28Corps médical, répartition, études, **2**: 29Mandat, **2**: 21Médecins, accès au régime d'assurance-maladie, position, **2**: 22-4, 25**Fédération des médecins spécialistes du Québec**

Bill C-3

Mémoire et représentations adressés au Comité permanent de la Santé, du Bien-être et des Affaires sociales de la Chambre des communes, **6**: 17-8Position, **6**: 23Recommandations, **6**: 18Bill C-3, teneur, mémoire, **6**: 17, 24Membres, **6**: 17**Fédération nationale des retraités et citoyens âgés, 6: 7****Femmes**Inscriptions aux facultés de médecine, pourcentage, **2**: 22**Finances, ministère**Titres hypothécaires, étude, **10**: 22**Flynn, honorable Jacques, sénateur (Rougemont)**

Bill C-3

Amendements, **8**: 37-9Assurance-maladie, **8**: 10-5, 22, 23But, **8**: 34-5

Haidasz, Hon. Stanley, Senator (Toronto-Parkdale)—Cont'd

Bill C-3, subject-matter—*Cont'd*
 Motions, **1**: 41; **3**: 24
 Purpose, **1**: 15, 16-8
 Ramifications, **1**: 18-9
 Witnesses, **1**: 40
 Bill C-5, **11**: 9, 10
 Bill C-40, **10**: 26, 33
 Organization meeting, **1**: 8, 9
 Reports of Committee, tabling, **11**: 32

Hall, Emmett M., Special Commissioner, Health Services Review '79

Bill C-3, interpretation, **5**: 13; **8**: 17
 Biographical note, **8**: 18
 Health services, position and recommendations, **3**: 43; **5**: 10; **7**: 10-1, 12
 Mandate, **1**: 10
See also
Canada's National-Provincial Health Program for the 1980's (Hall Report)

Hall Report

See
Canada's National-Provincial Health Program for the 1980's

Health, Welfare and Social Affairs, Standing House of Commons Committee

Bill C-3, study
 Amendments, **8**: 16
 Amendments proposed by minister, **1**: 15
 Briefs
 Canadian Health Coalition, **6**: 6
 Canadian Hospital Association, **3**: 49
 Federation of General Practitioners of Quebec, **6**: 17-8
 Federation of Medical Specialists of Quebec, **6**: 17-8
 Manitoba, government, quotation, **3**: 7-8
 Medical Society of Nova Scotia, **3**: 36-7, 42-3
 Newfoundland, government, **5**: 28
 Ontario, government, quotation, **1**: 22
 Prince Edward Island, government, **5**: 24
 Saskatchewan Medical Association, **7**: 9, 11
 Medical groups, testimony, **7**: 25
 Quebec, government, appearance, **5**: 16
 Reasonable compensation deemed where agreement entered into, discussion, **8**: 15
 Witnesses, **1**: 14

Health care insurance

See
 Medicare

Health Protection and Promotion Act, 1983 (Ontario)

Scope, **5**: 15

Health Resources Fund

Purpose, **1**: 29; **3**: 56-7

Health services

Abuses, **7**: 31, 33, 34
 Accessibility, **1**: 16-7; **3**: 28-9; **7**: 20, 31
 Consumers, position, **6**: 8
 Chronic care patients, **3**: 53
See also below User charges
 Committee to study, proposal, **3**: 23-4, 40; **4**: 14-5; **5**: 31-7, 44-5; **7**: 8
 Comprehensiveness, **1**: 28-9; **3**: 23, 40-1, 47; **4**: 14-5

Flynn, honorable Jacques, sénateur (Rougemont)—Suite

Bill C-3—*Suite*
 Médecins, **8**: 33
 Modifications, **8**: 9-10
 Procédure, **8**: 8-9, 18
 Bill C-3, teneur, **1**: 32; **7**: 14-5, 31

Fogarty, honorable Albert P., ministre de la Santé et des Affaires sociales, province de l'Île-du-Prince-Édouard

Bill C-3, teneur
 Discussion, **5**: 34-5, 45-6
 Exposé, **5**: 23-4

Fonction publique, Commission

Fonctionnaires, recrutement, **9**: 15

Foyer pour anciens combattants de Saskatoon, Saskatoon, Saskatchewan

Administration, **9**: 23

Foyer Rideau pour anciens combattants, Ottawa, Ontario

Administration, **9**: 23

Fraser, M. Roderick D., professeur en sciences économiques, Université Queen's

Bill C-3, teneur
 Discussion, **3**: 30-5
 Exposé, **3**: 24-9
 Note biographique, **3**: 24-5

Freamo, M. B.E., secrétaire général, Association médicale canadienne

Bill C-3, teneur, discussion, **2**: 7, 8-10, 13-4, 16-8, 19

Frith, honorable Royce, sénateur (Lanark)

Bill C-3, **8**: 6, 7-8, 36, 37
 Bill C-3, teneur, **1**: 15, 19
 Bill C-40, **10**: 32

Frontières

Territoriales, négociations, **11**: 27-8

Gagnon, M. Georges-Henri, directeur, Affaires professionnelles, Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

Bill C-3, teneur
 Discussion, **6**: 20, 24-7
 Exposé, **6**: 17-8

Gallagher, honorable Charles, ministre de la Santé, province du Nouveau-Brunswick

Bill C-3, teneur
 Discussion, **5**: 32
 Exposé, **5**: 10-2

Gazette du Canada

Avis des sanctions, publication, **8**: 25, 26

Geckie, M. D.A., directeur, Communications, Association médicale canadienne

Bill C-3, teneur, discussion, **2**: 7-8, 12-3, 14, 19-20

Gingras, M. Gustave, président du Conseil, Association des hôpitaux du Canada

Bill C-3, teneur
 Discussion, **3**: 50-6
 Remarques introductives, **3**: 48

Health services—Cont'd

- Computerized axial tomography (CAT) scanner, **3**: 32-3
- Consensual system, abrogation, **5**: 18, 39-40; **7**: 10
- Costs, **1**: 16, 23-4; **2**: 15-6; **3**: 16-7, 32-3; **5**: 42
 - Bill C-3, impact, **3**: 30-1; **5**: 14-5, 17, 43
 - Hospital and home care, comparison, **4**: 9-10
- Deficiencies, **7**: 19-20
- Definition, **4**: 8; **5**: 14
- Demand, **3**: 26-7
- Disputes, resolution, **3**: 10-1
- Doctors
 - Distribution, **2**: 26-8, 29; **3**: 21-2, 27; **5**: 11-2; **7**: 25
 - Medicare system, access, restrictions, ramifications, **2**: 22-3
- Extra billing
 - Definition, **2**: 6-7
 - Elimination, conditions, **3**: 37-40; **4**: 19
 - Impact, **2**: 7-8, 12; **4**: 23; **7**: 6-7, 29, 33
 - Incidence, **1**: 16-7; **2**: 6; **3**: 18, 22-3; **6**: 11, 33; **7**: 9-10, 33
 - Possible use to promote availability of resources, **3**: 28-9, 34-5
 - See also* Doctors — Extra billing
- Federal government, role and responsibilities, **5**: 40-1; **6**: 13, 15
- Federal-provincial consultations, **5**: 20
- Funding, **1**: 20-9; **2**: 8-9; **3**: 7, 9, 16, 20, 43-5; **3A**: 1-5; **5**: 46, 47; **6**: 18, 25-6
 - Conditions, **5**: 28-9
 - Health care practitioners, **8**: 7-8
 - Penalties, **3**: 11
- Home care, **3**: 31-2
- Jurisdiction, **4**: 8; **5**: 8, 10, 15
 - Intrusion of federal government, **5**: 17-8, 28; **7**: 14
 - Ramifications, **3**: 39
- Legislation and policy, changes, **2**: 23; **6**: 7
- Mentally ill persons, **3**: 17; **4**: 13
- National conference, **5**: 11, 12
- Needs, **4**: 7-8, 12
 - Data, limitations, **3**: 25-6
- Nuclear magnetic resonance (NMR) machines, **3**: 32-3
- Outlying regions, **2**: 26-8, 29; **3**: 21-2
- Policy, **3**: 10; **7**: 7-8
 - Review by Committee, recommendation, **7**: 8; **9**: 4
- Population-patient ratio, **3**: 32
- Practitioners, reasonable compensation, **2**: 15; **3**: 39-40
 - Binding arbitration, **1**: 30-4; **2**: 13-4, 17; **3**: 17-8
 - See also* Doctors — Compensation
- Preventive medicine, **3**: 33-4
- Senior citizens
 - Increase, ramifications, **4**: 7; **7**: 33
 - Seniors' health fund, proposal, **5**: 25
- System, reform, **3**: 26-7, 28-30, 46-7; **4**: 14, 15-7
- User charges
 - Bill C-3, ramifications, **1**: 39; **5**: 24; **8**: 10
 - Chronic care patients, **1**: 36-9; **2**: 9-10; **3**: 15, 52-3
 - Definition, **2**: 6-7; **3**: 11
 - Elimination, means, **6**: 6
 - Impact, **3**: 50; **7**: 29, 34
 - Incidence, **6**: 9-10; **7**: 34
 - Possible use to promote availability of resources, **3**: 28-9; **7**: 30-1, 33
 - See also*
- Hospitals

Glass, M^{me} Helen, présidente, Association des infirmières et infirmiers du Canada

- Bill C-3, teneur
- Discussion, **4**: 9-13, 15, 17-8
- Exposé, **4**: 7-9
- Remarques introductives, **4**: 6-7

Goudie, M. J.R., directeur, Politique de revendications, Bureau des revendications des autochtones, ministère des Affaires indiennes et du Nord

- Bill C-49
- Discussion, **11**: 19-20, 30-1
- Exposé, **11**: 18

Grande-Bretagne

- Voir*
- Royaume-Uni

Gulbraa, M. David, directeur, Division du logement rural et autochtone, Société canadienne d'hypothèques et de logement

- Bill C-37, discussion, **10**: 14-5, 20

Habitation, Loi nationale

- Amendements, justification, **10**: 10
- Art. 56 (1) - Contrats avec des constructeurs, **10**: 15-6
- Voir aussi*
- Bill C-37

Habitation, Loi nationale, Loi modifiant

- Voir*
- Bill C-37

Haidasz, honorable Stanley, sénateur (Toronto-Parkdale)

- Bill C-3, **8**: 28, 30
- Bill C-3, teneur
- But, **1**: 15, 16-8
- Canadian Association of Interns and Residents, **2**: 28
- Hôpitaux, **3**: 50-2, 54-5
- Manitoba, **3**: 18-21
- Médecins, **2**: 11-3, 27-8; **3**: 18, 20-1, 22
- Medical Society of Nova Scotia, **3**: 42
- Motions, **1**: 41; **3**: 24
- Ramifications, **1**: 18-9
- Santé, services, **1**: 36-8; **3**: 50
- Témoins, **1**: 40
- Bill C-5, **11**: 9, 10
- Bill C-40, **10**: 26, 33
- Rapports du Comité, déposition, **11**: 32
- Réunion d'organisation, **1**: 8, 9

Hall, M. Emmett M., commissaire spécial, Examen des services de santé '79

- Bill C-3, interprétation, **5**: 13; **8**: 17
- Mandat, **1**: 10
- Note biographique, **8**: 18
- Santé, services, position et recommandations, **3**: 43; **5**: 10; **7**: 10-1, 12
- Voir aussi*
- Programme (Le) de santé national et provincial du Canada pour les années 1980 (Rapport Hall)*

Health services, insured, provided under provincial health care insurance plans, cash contributions by Canada in respect of, and amounts payable by Canada in respect of extended health care services, Act relating to, and to amend and repeal certain Acts in consequence thereof

See

Bill C-3

Bill C-3, subject-matter

Health Services Review '79

Commission of inquiry, creation and mandate, **1**: 10

Hébert, Hon. Jacques, Senator (Wellington)

Bill C-3, subject-matter, **6**: 10, 23; **7**: 30-1

Hegan, Mary, Vice-Chairperson, Canadian Health Coalition

Bill C-3, subject-matter, discussion, **6**: 8-9, 10-1

Heywood, Neil, Past President, Manitoba Medical Association

Bill C-3, subject-matter

Discussion, **6**: 14, 15, 16-7

Statement, **6**: 12-3

Hospital for Sick Children, Toronto, Ontario

Quality of care, deterioration, **7**: 19-20

Hospital Insurance and Diagnostic Services Act

Bill C-3, comparison, **1**: 28; **8**: 37

Impact, **1**: 15

Provisions

Federal-provincial agreements, **5**: 17

Funding, **1**: 12

Replacement by Bill C-3, **7**: 6

Hospital Resources Fund

See

Health Resources Fund

Hospitals

Beds, **3**: 50-1, 53; **7**: 26-7

Charges, *per diem*, **3**: 51-2, 56

Construction, federal contributions, **3**: 56-7

Costs, **3**: 16-7, 51

Finances, **2**: 8, 9; **3**: 52, 54-5, 56

See also

Veterans hospitals

Housing

Canadian Home Ownership Stimulation Program (CHOSP), **10**: 13

People having low incomes, **10**: 16

Rehabilitation assistance, **10**: 14-5, 20

Rural, rehabilitation, **10**: 14

Senior citizens'

Rents, **10**: 27-8, 29

Subsidies and costs, sharing, **10**: 27, 28-9

Veterans, **10**: 15-6

Immunization of School Pupils Act (Ontario)

Scope, **5**: 15

Inman, Hon. F. Elsie, Senator (Murray Harbour)

Examination of the expenditures pertaining to Veterans Affairs set out in the Estimates laid before Parliament for the fiscal year ending March 31, 1985, **9**: 11

Hall, Rapport

Voir

Programme (Le) de santé national et provincial du Canada pour les années 1980

Hébert, honorable Jacques, sénateur (Wellington)

Bill C-3, teneur, **6**: 10, 23; **7**: 30-1

Hegan, M^{me} Mary, vice-présidente, Coalition canadienne de la santé

Bill C-3, teneur, discussion, **6**: 8-9, 10-1

Heywood, M. Neil, ancien président, Manitoba Medical Association

Bill C-3, teneur

Discussion, **6**: 14, 15, 16-7

Exposé, **6**: 12-3

Hôpitaux

Construction, subventions du gouvernement fédéral, **3**: 56-7

Coûts, **3**: 16-7, 51

Finances, **2**: 8, 9; **3**: 52, 54-5, 56

Lits, **3**: 50-1, 53; **7**: 26-7

Tarifs journaliers, **3**: 51-2, 56

Hôpitaux pour anciens combattants

Transfert à l'administration provinciale, **9**: 23-4

Hospital for Sick Children, Toronto, Ontario

Qualité des soins, détérioration, **7**: 19-20

Hypothèques

Durée, **10**: 12

Taux d'intérêt

Fluctuation, **10**: 11-2

Protection, **10**: 9-10, 18-9, 20-1

Titres hypothécaires, **10**: 10, 19-20, 22

Ile-du-Prince-Édouard

Caisse d'aide à la santé, fonds, emploi, **3**: 57

Gouvernement

Bill C-3, position, **5**: 23-4, 45-6

Mémoire concernant Bill C-3, adressée au Comité permanent de la Chambre des communes de la Santé, du Bien-être et des Affaires sociales, **5**: 24

Services de santé, étude, position, **5**: 34-5

Médecins

Spécialistes, **2**: 17

Surfacturation, **2**: 7; **5**: 23

Santé, services

Bill C-3, effet, **5**: 34, 45

Frais supplémentaires, **5**: 23

Malades chroniques, **1**: 37

Immunisation des élèves, Loi de 1982 (Ontario)

Portée, **5**: 15

Impôts

Revendications territoriales, indemnités pécuniaires, exemptions, **11**: 31

Infirmières

Normes nationales, **4**: 10-1

Profession, comparaison avec le corps médical, **2**: 15

Rémunération, **2**: 15

Institute of Donations and Public Affairs Research

Fund-raising campaigns, hospitals, survey, **3**: 55

Interpretation Act

Application, **10**: 22

Inuvialuit

Communities, organization, **11**: 22

Inuvialuit Final Agreement, approval, **11**: 19, 20

Lands, corporate ownership, **11**: 20-1

Rights, individual, **11**: 25-6

US land claims settlement, potential beneficiaries, **11**: 30-1

See also

Inuvialuit Final Agreement

Inuvialuit Action Group

Land claims, position, **11**: 20

Inuvialuit Development Corporation

Contracts, awarding of, **11**: 19-20

Establishment and authority, **11**: 28

Inuvialuit Final Agreement

Amendment, **11**: 21, 26

Approval, **11**: 19, 20

Beneficiaries, **11**: 22-3

Designated land, **11**: 18-9, 26

See also below Territories shared with Dene-Métis

Indian treaties, comparison, **11**: 20

Individual Inuk, protection, **11**: 25-6

Information tours, **11**: 20

Negotiations, **11**: 18, 21

Objections, **11**: 20

Provisions

Band councils, power to dispose of land, **11**: 20-1

Financial compensation, **11**: 19, 26, 28, 31

Hunting and fishing, **11**: 28-9

Title and rights, **11**: 18-9, 21-2, 23-4

Water rights, **11**: 25

Signature, **11**: 18, 19

Territories shared with Dene-Métis, **11**: 22

Isaac, G.A., President, Ontario Medical Association

Bill C-3, subject-matter

Discussion, **4**: 19, 22, 23

Statement, **4**: 18-9

Johnson, Hon. Pierre-Marc, Minister of Canadian Intergovernmental Affairs, Province of Quebec

Bill C-3, subject-matter

Discussion, **5**: 32-3, 39-42, 45, 47

Statement, **5**: 16-9

Kalson, Martin, Counsel, Legal Services, Department of Justice

Bill C-49, discussion, **11**: 29

Kane, Barbara, Member, Executive Committee, Ontario Branch, Canadian Association of Interns and Residents and Fédération des médecins résidents et internes du Québec

Bill C-3, subject-matter, discussion, **2**: 27-8

Biographical note, **2**: 20

Infirmières—Suite

Rémunération—*Suite*

Comprise dans le programme d'assurance-maladie, **8**: 7-8

Services, coûts, **4**: 10

Inman, honorable Elsie, sénateur (Murray Harbour)

Étude des dépenses relatives aux Affaires des anciens combattants, contenues dans le Budget des dépenses déposé au Parlement pour l'année financière se terminant le 31 mars 1985, **9**: 11

Institut de recherches en dons et en affaires publiques

Campagnes de souscription des hôpitaux, enquête, **3**: 55

Interprétation, Loi

Application, **10**: 22

Inuvialuit

Collectivités, organisation, **11**: 22

Droits individuels, **11**: 25-6

Entente finale des Inuvialuit, approbation, **11**: 19, 20

Règlement américain des revendications territoriales, bénéficiaires éventuels, **11**: 30-1

Terres, propriété collective, **11**: 20-1

Voir aussi

Entente finale des Inuvialuit

Inuvialuit Action Group

Revendications territoriales, position, **11**: 20

Inuvialuit Development Corporation

Voir

Société inuvialuit de développement

Isaac, M. G.A., président, Ontario Medical Association

Bill C-3, teneur

Discussion, **4**: 19, 22, 23

Exposé, **4**: 18-9

Johnson, honorable Pierre-Marc, ministre délégué aux Affaires inter-gouvernementales canadiennes, province de Québec

Bill C-3, teneur

Discussion, **5**: 32-3, 39-42, 45, 47

Exposé, **5**: 16-9

Kalson, M. Martin, avocat, Services légaux, ministère de la Justice

Bill C-49, discussion, **11**: 29

Kane, M^{me} Barbara, membre, Comité exécutif, section de l'Ontario, Canadian Association of Interns and Residents et Fédération des médecins résidents et internes du Québec

Bill C-3, teneur, discussion, **2**: 27-8

Note biographique, **2**: 20

Kutcher, M. Stanley, membre, Comité exécutif, section de l'Ontario, Canadian Association of Interns and Residents et Fédération des médecins résidents et internes du Québec

Bill C-3, teneur

Discussion, **2**: 25-9

Exposé, **2**: 20-3

Note biographique, **2**: 20

Laplume, M. John, directeur exécutif, Manitoba Medical Association

Bill C-3, teneur, discussion, **6**: 14-6

- Kutcher, Stanley, Member, Executive Committee, Ontario Branch, Canadian Association of Interns and Residents and Fédération des médecins résidents et internes du Québec**
 Bill C-3, subject-matter
 Discussion, 2: 25-9
 Statement, 2: 20-3
 Biographical note, 2: 20
- Laplume, John, Executive Director, Manitoba Medical Association**
 Bill C-3, subject-matter, discussion, 6: 14-6
- Laval University Hospital Centre**
 Emergency ward, overcrowding, 7: 31, 33
- Law, Maureen, Associate Deputy Minister, Department of National Health and Welfare**
 Bill C-3, discussion, 8: 37
- LeBlanc, Hon. Roméo, Minister of Public Works**
 Bill C-37
 Discussion, 10: 11, 12-3, 14, 15-7, 20, 21-2
 Introductory remarks, 10: 9
 Statement, 10: 9-10; 10A: 1-4
- Legal and Constitutional Affairs, Standing Senate Committee**
 Bill C-3, study, 8: 20
- Lewis, Hon. Philip Derek, Senator (St. John's)**
 Bill C-3, subject-matter, 6: 14
- Liberal Party of Canada (Quebec)**
 Bill C-3, opposition, 8: 31
- MMA**
See
 Manitoba Medical Association
- MSA**
See
 Medical Services Association of British Columbia
- McCracken Report**
See
Report to the Minister of Veterans Affairs as to Possible Improvements to Most of the Major Administrative and Adjudication Procedures of the Pension Plan
- MacDonald, Gerry, Chief, Legislative and Regulatory Processes, Environmental Health Directorate, Department of National Health and Welfare**
 Bill C-5
 Discussion, 11: 7-8, 9, 12-7
 Statement, 11: 7
- McDonald, James, Legal counsel, Canadian Association of Interns and Residents and Fédération des médecins résidents et internes du Québec**
 Bill C-3, subject-matter, 2: 23-5, 29
- McGrand, Hon. Fred A., Senator (Sunbury)**
 Bill C-3, subject-matter, 2: 6-7, 16-7; 3: 21, 27, 33-4; 4: 13-4, 18
 Bill C-5, 11: 8-9
- Law, M^{me} Maureen, sous-ministre associé, ministère de la Santé nationale et du Bien-être social**
 Bill C-3, discussion, 8: 37
- LeBlanc, honorable Roméo, ministre des Travaux publics**
 Bill C-37
 Discussion, 10: 11, 12-3, 14, 15-7, 20, 21-2
 Exposé, 10: 9-10; 10A: 1-4
 Remarques introductives, 10: 9
- Légion royale canadienne**
 Subventions du ministère des Affaires des anciens combattants, 9: 26
- Lewis, honorable Philip Derek, sénateur (Saint-Jean)**
 Bill C-3, teneur, 6: 14
- Logement**
 Accession à la propriété, Programme canadien d'encouragement (PCEAP), 10: 13
 Anciens combattants, 10: 15-6
 Logements ruraux, remise en état, 10: 14
 Personnes à faible revenu, 10: 16
 Personnes âgées
 Loyers, 10: 27-8, 29
 Subventions et frais, partage, 10: 27, 28-9
 Remise en état, aide, 10: 14-5, 20
- Logement pour les ruraux et les autochtones, Programme**
Voir sous Société canadienne d'hypothèques et de logement
- Loi approuvant, mettant en vigueur et déclarant valide la Convention conclue entre le Comité d'étude des droits des autochtones, qui représente les Inuvialuit de la région désignée, au sens de la Convention, et le gouvernement du Canada, et modifiant la Loi sur les parcs nationaux en conséquence**
Voir
 Bill C-49
- Loi canadienne sur la santé**
Voir
 Bill C-3
- Loi canadienne sur la santé, teneur**
Voir
 Bill C-3, teneur
- Loi concernant les contributions pécuniaires du Canada aux services de santé assurés pris en charge par les régimes provinciaux d'assurance-santé et les montants payables par le Canada pour les programmes de services complémentaires de santé, et modifiant certaines lois en conséquence**
Voir
 Bill C-3
 Bill C-3, teneur
- Loi constitutionnelle de 1867**
 Santé, responsabilité, 5: 19
- Loi de 1977 sur les accords fiscaux entre le gouvernement fédéral et les provinces et sur le financement des programmes établis**
Voir
 Accords fiscaux entre le gouvernement fédéral et les provinces et sur le financement des programmes établis, Loi de 1977

MacLellan, Russell, MP (Cape Breton-The Sydneys), Parliamentary Secretary to the Minister of National Health and Welfare

Bill C-5, discussion, **11**: 12

Bill C-40, discussion, **10**: 27-30

McNaught, Donald, Chief, Hospital Insurance, Health Services and Promotion Branch, Department of National Health and Welfare

Bill C-3, subject-matter, discussion, **1**: 26

McPherson, Duncan, President, British Columbia Medical Association

Bill C-3, subject-matter

Discussion, **4**: 29-32

Statement, **4**: 25-9

Manitoba

Doctors

Compensation, **3**: 20

Binding arbitration, **3**: 8, 17-8, 21

Extra billing, position, **6**: 12

Payment, method, **3**: 18-9

Government

Bill C-3

Concerns, **3**: 11-2

Interpretation, **3**: 6-7, 12-4

Support, **3**: 12, 23

Position and policies

Binding arbitration, **3**: 21; **6**: 15-6

Health Services, Committee to study, **3**: 23-4

Medicare, **3**: 7-8, 12

Health services

Costs, **3**: 16-7; **3A**: 1-5

Federal government contributions, **3**: 7; **3A**: 1-5

Extra billing, **3**: 13, 18, 19, 22-3; **6**: 16-7

Policy, negotiations, **3**: 8, 13

Standards, **3**: 21-2

Medicare, funding, **3**: 19, 20

Manitoba Medical Association (MMA)

Bill C-3

Brief to Standing House of Commons Committee on Health, Welfare and Social Affairs, **6**: 12

Position, **6**: 12-3, 15

Bill C-3, subject-matter, brief to Committee, **6**: 12, 13, 17

Binding arbitration, position, **3**: 17-8, 21; **6**: 12-3, 14-5

Extra billing, position, **6**: 16-7

Provincial government, negotiations, **3**: 19

Marshall, Hon. Jack, Senator (Humber-St. George's-St. Barbe)

Bill C-3, subject-matter

Doctors, **3**: 27; **4**: 24; **7**: 25-6

Health services, **3**: 31-2; **7**: 33

Motions, **7**: 37

National Citizens' Coalition, **7**: 24, 25

National Health and Welfare Department, **4**: 17

Procedure, **5**: 30

Ramifications, **3**: 15

Saskatchewan, **7**: 13

Saskatchewan Medical Association, **7**: 13

Witnesses, **4**: 36

Bill C-5, **11**: 7-8, 9, 11, 12, 13, 15-6

Bill C-37, **10**: 9, 13-6

Bill C-40, **10**: 23-5, 29-30, 31

Loi de 1980 modifiant la législation sur les pensions, l'indemnisation et les allocations relatives à la guerre, aux militaires et aux civils

Voir

Pensions, indemnisation et allocations relatives à la guerre, aux militaires et aux civils, Loi de 1980 modifiant la législation

Loi de 1982 sur l'immunisation des élèves (Ontario)

Voir

Immunisation des élèves, Loi de 1982 (Ontario)

Loi de 1983 sur la protection et la promotion de la santé (Ontario)

Voir

Protection et promotion de la santé, Loi de 1983 (Ontario)

Loi d'interprétation

Voir

Interprétation, Loi

Loi modifiant la Loi de 1977 sur les accords fiscaux entre le gouvernement fédéral et les provinces et sur le financement des programmes établis

Voir

Bill C-12

Loi modifiant la Loi nationale sur l'habitation

Voir

Bill C-37

Loi modifiant la Loi sur la sécurité de la vieillesse

Voir

Bill C-40

Loi modifiant la Loi sur les allocations aux anciens combattants et la Loi sur les pensions et allocations de guerre pour les civils et apportant des modifications connexes à d'autres lois

Voir

Bill C-39

Loi modifiant la Loi sur les dispositifs émettant des radiations

Voir

Bill C-5

Loi nationale sur l'habitation

Voir

Habitation, Loi nationale

Loi nationale sur l'habitation, Loi modifiant

Voir

Bill C-37

Loi sur la sécurité de la vieillesse, Loi modifiant

Voir

Bill C-40

Loi sur l'assurance-hospitalisation et des services diagnostiques

Voir

Assurance-hospitalisation et services diagnostiques, Loi

Loi sur le règlement des revendications des Inuvialuit de la région ouest de l'Arctique

Voir

Bill C-49

Marshall, Hon. Jack, Senator (Humber-St. George's-St. Barbe)—
Cont'd

Examination of the expenditures pertaining to Veterans Affairs set out in the Estimates laid out before Parliament for the fiscal year ending March 31, 1985

Bill C-39, **9**: 7

Canadian Pension Commission, **9**: 17-8

Social Affairs, Science and Technology, Standing Senate Committee, **9**: 27-8

Veterans

Exposure to nuclear radiation, **9**: 21-2

Pensions, **9**: 11-3, 18-21, 25-6

War veterans allowance, **9**: 8-10

Veterans Affairs Department, **9**: 16, 24-5

Veterans hospitals, **9**: 23-4

Organization meeting, **1**: 7, 8, 9

Social Affairs, Science and Technology, Standing Senate Committee, **4**: 6, 33-5

Martin, Jean-Claude, President, Canadian Hospital Association

Bill C-3, subject-matter

Discussion, **3**: 50-7

Statement, **3**: 48-50

Medical Care Act

Bill C-3, comparison, **1**: 28

Funding, provisions, **1**: 12

Impact, **1**: 15

Replacement by Bill C-3, **7**: 6

Scope, **2**: 23

Medical Care Insurance Act (Saskatchewan)

Background, **7**: 9

Doctors, compensation, provisions, **7**: 9, 10

Medical Services Association of British Columbia (MSA), 4: 25-6

Medical Services Plan Act, 1981 (Bill 16, 1981) (British Columbia)

Purpose, **4**: 28

Medical Society of Nova Scotia

Bill C-3

Brief to House of Commons Standing Committee on Health, Welfare and Social Affairs, **3**: 36-7, 42-3

Entering into agreement to be enshrined in legislation, recommendation, **3**: 37-8, 47; **4**: 19; **6**: 12

Position, **3**: 35-6, 40-1; **7**: 23

Bill C-3, subject-matter, brief, **3**: 35-8

Block funding, position, **3**: 43-5

Doctors, compensation, negotiations and agreement, **3**: 36, 41, 42

Fee schedule, action that may be taken, **3**: 39-40

Nova Scotia, government, relations, **3**: 41, 42

Medicare

Abuses, **7**: 33

Monitoring and prevention, **3**: 29; **7**: 31

Access, **6**: 6; **7**: 30

Canadian Association of Interns and Residents, position, **2**: 21

Canadian Medical Association, position, **2**: 6

Chronic care patients, **1**: 36-8

Consensual regime, **7**: 29

Costs, increase, **7**: 29, 33

Defaults

Action, **8**: 10-1, 14-5, 21-6

Determination, **8**: 27-8

Loi sur les allocations aux anciens combattants, Loi

Voir

Allocations aux anciens combattants, Loi

Loi sur les dispositifs émettant des radiations

Voir

Radiations, dispositifs émetteurs

Loi sur les dispositifs émettant des radiations, Loi modifiant

Voir

Bill C-5

Loi sur les pensions

Voir

Pensions, Loi

Loi sur les soins médicaux

Voir

Soins médicaux, Loi

Lutte contre l'inflation, Commission (CLI)

Médecins, dispositions, **4**: 22

McCracken, Rapport

Voir

Rapport au ministre des Affaires des anciens combattants sur les améliorations possibles à la plupart des formalités administratives et décisionnelles du processus des pensions

MacDonald, M. Gerry, chef, Processus législatifs et réglementation, Direction de l'hygiène du milieu, ministère de la Santé nationale et du Bien-être social

Bill C-5

Discussion, **11**: 7-8, 9, 12-7

Exposé, **11**: 7

McDonald, M. James, conseiller juridique, Canadian Association of Interns and Residents et Fédération des médecins résidents et internes du Québec

Bill C-3, teneur, discussion, **2**: 23-5, 29-30

McGrand, honorable Fred A., sénateur (Sunbury)

Bill C-3, teneur, **2**: 6-7, 16-7; **3**: 21, 27, 33-4; **4**: 13-4, 18

Bill C-5, **11**: 8-9

McLellan, M. Russell, député (Cape Breton-The Sydneys), secrétaire parlementaire au ministre de la Santé nationale et du Bien-être social

Bill C-5, discussion, **11**: 12

Bill C-40, discussion, **10**: 27-30

MacNaught, M. Donald, chef, Assurance-hospitalisation, Direction générale des services de la promotion de la santé, ministère de la Santé nationale et du Bien-être social

Bill C-3, teneur, discussion, **1**: 26

McPherson, M. Duncan, président, British Columbia Medical Association

Bill C-3, teneur

Discussion, **4**: 29-32

Exposé, **4**: 25-9

Medicare—Cont'd

- Doctors
 - Access to system, **2**: 21-3, 25-6, 29; **7**: 7
 - Opting out, **1**: 18-20
- Erosion, **1**: 10, 11-2, 16-7; **2**: 6; **6**: 9, 10-1; **8**: 13, 28-9
- Fédération des médecins résidents et internes du Québec, position, **2**: 21
- Funding, **1**: 12, 39; **5**: 24; **6**: 10; **8**: 31
 - Federal contributions, **1**: 21-3, 24-8; **3**: 9, 16; **3A**: 1-5; **6**: 13; **8**: 35, 36
 - Conditions, **3**: 11; **8**: 10-2, 25-6, 34
 - Manitoba, **3**: 19, 20
- Health and health services, impact, **3**: 25-6; **7**: 18-9, 21, 27-8, 29, 36
- Meetings and conferences
 - Federal-provincial, **1**: 10; **5**: 13, 22-3, 46; **8**: 35-6
 - Local symposiums, **1**: 11
- Portability, **3**: 11, 19-20; **5**: 40; **8**: 26-7
- Position of Canadians, poll, **7**: 22
- Premiums, **4**: 25, 27; **6**: 6, 9
- Preserving Universal Medicare*, position paper, Government of Canada, **1**: 11
- Provinces, position, **5**: 8; **6**: 8
- Scope, **1**: 24, 35; **2**: 10; **4**: 15
 - Extension, need, **4**: 7-8
- User charges and extra billing, **1**: 11, 12; **8**: 12
 - Sanctions, **1**: 17-9; **6**: 8; **8**: 10, 24, 35

Mitchell, K.B., Chairman, Canadian Pension Commission

- Aging Veterans Program, promotion, **9**: 14
- Examination of the expenditures pertaining to Veterans Affairs set out in the Estimates laid before Parliament for the fiscal year ending March 31, 1985, discussion, **9**: 13, 17, 18, 20-1, 23

Moran, E.J., General Secretary, Ontario Medical Association

- Bill C-3, subject-matter, discussion, **4**: 17-24

Mortgage Rate Protection Program

- See under* Canada Mortgage and Housing Corporation

Mortgages

- Interest rates
 - Fluctuation, **10**: 11-2
 - Protection, **10**: 9-10, 18-9, 20-1
- Mortgage-backed securities, **10**: 10, 19-20, 22
- Terms, **10**: 12

Muir, Hon. Robert, Senator (Cape Breton-The Sydneys)

- Bill C-3, subject-matter, **7**: 24, 27-8, 36

Munro, Ian R., Member, National Citizens' Coalition

- Bill C-3, subject-matter
 - Discussion, **7**: 26-8
 - Statement, **7**: 18-21

Munro, Hon. John, former Minister of National Health and Welfare

- Saskatchewan medical care insurance plan, acceptance, **7**: 10

Myette, Denis, Senior Program Evaluator, Canada Mortgage and Housing Corporation

- Bill C-37, discussion, **10**: 11-2, 13, 17-20, 21

NMR

See

- Health services — Nuclear magnetic resonance machines

Manitoba

- Assurance-maladie, financement, **3**: 19-20
- Gouvernement
 - Bill C-3
 - Appui, **3**: 12, 23
 - Inquiétudes, **3**: 11-2
 - Interprétation, **3**: 6-7, 12-4
 - Position et politiques
 - Arbitrage exécutoire, **3**: 21; **6**: 15-6
 - Assurance-maladie, **3**: 7-8, 12
 - Services de santé, comité pour étudier, **3**: 23-4
- Médecins
 - Paielement, méthode, **3**: 18-9
- Rémunération, **3**: 20
 - Arbitrage exécutoire, **3**: 8, 17-8, 21
- Surfacturation, position, **6**: 12
- Santé, services
 - Coûts, **3**: 16-7; **3A**: 1, 6-9
 - Gouvernement fédéral, contributions, **3**: 7; **3A**: 1, 6-9
 - Normes, **3**: 21-2
- Surfacturation, **3**: 13, 18, 19, 22-3; **6**: 16-7
 - Politique, négociations, **3**: 8, 13

Manitoba Medical Association

- Arbitrage exécutoire, position, **3**: 17-8, 21; **6**: 12-3, 14-5
- Bill C-3
 - Mémoire soumis au Comité permanent de la Santé, du Bien-être et des Affaires sociales de la Chambre des communes, **6**: 12
 - Position, **6**: 12-3, 15
- Bill C-3, teneur, mémoire présenté au Comité, **6**: 12, 13, 17
- Gouvernement provincial, négociations, **3**: 19
- Surfacturation, position, **6**: 16-7

Marshall, honorable Jack, sénateur (Humber—Saint-Georges—Sainte-Barbe)

- Affaires sociales, des sciences et de la technologie, Comité sénatorial permanent, **4**: 6, 33-5
- Bill C-3, teneur
 - Médecins, **3**: 27; **4**: 24; **7**: 25-6
- Motions, **7**: 37
- National Citizens' Coalition, **7**: 24, 25
- Procédure, **5**: 30
- Ramifications, **3**: 15
- Santé, services, **3**: 31-2; **7**: 33
- Santé nationale et du Bien-être social, **4**: 17
- Saskatchewan, **7**: 13
- Saskatchewan Medical Association, **7**: 13
- Témoins, **4**: 36
- Bill C-5, **11**: 7-8, 9, 11, 12, 13, 15-6
- Bill C-37, **10**: 9, 13-6
- Bill C-40, **10**: 23-5, 29-30, 31
- Étude des dépenses relatives aux Affaires des anciens combattants contenues dans le Budget des dépenses déposé au Parlement pour l'année financière se terminant le 31 mars 1985
- Affaires des anciens combattants, ministère, **9**: 16, 24-5
- Affaires sociales des sciences et de la technologie, Comité sénatorial permanent, **9**: 27-8
- Anciens combattants
 - Allocations aux anciens combattants, **9**: 8-10
 - Exposition aux radiations nucléaires, **9**: 21-2
 - Pensions, **9**: 11-3, 18-21, 25-6
- Bill C-39, **9**: 7
- Hôpitaux pour anciens combattants, **9**: 23-4
- Pensions, Commission canadienne, **9**: 17-8
- Réunion d'organisation, **1**: 7, 8, 9

National Citizens' Coalition

- Activities, 7: 16-7, 23, 24-5
- Position and policies
 - Bill C-3, 7: 17-8, 22-3, 25
 - Public service, 7: 26-7

National Council of Veterans Associations in Canada

- Pensions, grievances, 9: 18

National Health and Welfare Department

- External consultants and reports, 4: 17
- Medical Services Branch, responsibilities, Yukon, 5: 26

National Housing Act

- Amendments, justification, 10: 10
- Section 56 (1) - Contracts with builders, 10: 15-6
 - See also*
 - Bill C-37

National Housing Act, Act to amend

- See*
- Bill C-37

National Pensioners and Senior Citizens Federation, 6: 7**Native peoples**

- Land claims settlements, benefits, limitations, 11: 30
- Problems and issues, study, motion to refer to subcommittee of
 - Committee, 4: 4
 - See also*
 - Inuvialuit

New Brunswick

- Government, position
 - Bill C-3, amendment proposed by CAIR and FMRIQ, 2: 23
 - Health services study, 5: 12, 32
- Health services
 - Extramural hospital, 3: 53
 - Specialists, 2: 17

New Democratic Party of Ontario

- Health services, extra billing, inquiry, 7: 21

Newfoundland

- Government, position
 - Bill C-3, 5: 28, 29-30
 - Amendment proposed by CAIR and FMRIQ, 2: 23
 - Health services, study, 5: 35
- Health services
 - Extra billing, 2: 7
 - Funding, concerns, 5: 29
- Rural and Native Housing Program, participation, 10: 15

Nielson, Hon. James A., Minister of Health, Province of British Columbia

- Bill C-3, subject-matter
 - Discussion, 5: 33-4, 47
 - Statement, 5: 19-23

Northwest Territories

- Communities, organization, 11: 22
- Government position on Inuvialuit Final Agreement, 11: 19

Martin, M. Jean-Claude, président, Association des hôpitaux du Canada

- Bill C-3, teneur
 - Discussion, 3: 50-7
 - Exposé, 3: 48-50

Médecins

- Assurance-maladie, régime
 - Abus, 7: 33
 - Surveillance, 3: 29
- Accès, 2: 21-6, 29-30; 4: 31; 5: 11-2; 7: 7
 - Bill C-3, ramifications, 5: 26
- Désaffiliation, 1: 19-20; 2: 25; 3: 23; 4: 18-9, 24; 5: 15-6
 - Bill C-3, ramifications, 1: 18-20
- Bill C-3, position, 7: 7
- Grèves, 1: 33, 34; 2: 17-8; 4: 21
- Internes
 - Définition, 2: 21
 - Salaires, 2: 27
- Jeunes médecins, influence sur la médecine, 2: 22
- Rémunération, 1: 29-30; 2: 8; 8: 15-6
 - Colombie-Britannique, 4: 26-8, 30-2
- Comité d'arbitrage
 - Décision, modification, 3: 9; 4: 20-1, 30-1; 6: 21
 - Président, nomination, 6: 18, 21
- Entente avec la province, processus, 1: 33-4; 2: 12-4, 17-8, 28; 3: 13, 42; 4: 20-2, 29-31; 6: 15, 19-21; 7: 30; 8: 33
- Manitoba, 3: 20
- Nouvelle-Écosse, 3: 42
- Ontario, 4: 22
- Pourcentage payé par le gouvernement, 7: 21-2
- Provinces, position, 1: 31; 3: 47
- Québec, 2: 11-2; 6: 19-20, 22; 7: 15, 20
- Raisonné, définition, 1: 30-5; 3: 13-4, 39-40
- Saskatchewan, 7: 9-10, 16
- Visites à l'hôpital, 7: 20
- Répartition, 3: 21-2, 27; 7: 25-6
 - Mesures pour remédier, 2: 26-8, 29; 4: 31; 5: 11-2
- Résidents, définition, 2: 21
- Santé, services, coûts, part, 2: 15-6
- Surfacturation, 1: 16-7; 2: 6, 7-8; 3: 18, 22-3; 4: 23-4; 6: 11; 7: 9-10
 - Suppression sous réserve de l'adoption de l'arbitrage exécutoire ou la conciliation, 2: 6, 11-4; 3: 37-40; 4: 19-20; 7: 11-3, 14-5
 - Voir aussi*
 - Association médicale canadienne (AMC)

Medical Care Insurance Act (Saskatchewan)

- Historique, 7: 9
- Médecins, rémunération, dispositions, 7: 9, 10

Medical Services Association of British Columbia, 4: 25-6**Medical Services Plan Act, 1981 (Bill 16, 1981) (Colombie-Britannique)**

- But, 4: 28

Medical Services of Nova Scotia

- Barème d'honoraires, droit d'action, 3: 39-40
- Bill C-3
 - Accord exigé par la loi, recommandation, 3: 37-8, 47; 4: 19; 6: 12
 - Mémoire présenté au Comité permanent de la Santé, du bien-être et des affaires sociales de la Chambre des communes, 3: 36-7, 42-3
 - Position, 3: 35-6, 40-1; 7: 23
- Bill C-3, teneur, mémoire, 3: 35-8

Norton, Hon. Keith, Minister of Health, Province of Ontario

- Bill C-3, subject-matter
- Discussion, **5**: 32, 35-6, 37, 39, 42-3
- Statement, **5**: 12-6

Nova Scotia

- Doctors
 - Compensation, **3**: 42
 - Extra billing, **3**: 28, 36
 - Opting out, **1**: 18, 19, 20
- Government
 - Health services, Committee to study, position, **5**: 32
 - Professional societies, relations, **5**: 9-10
- Health Resources Fund, moneys, **3**: 57
- Health services
 - Bill C-3, impact, **5**: 46-7
 - Costs and federal funding, **3**: 45-6
- Medicare system
 - Assessment, **3**: 36
 - Costs and federal funding, **3**: 45
 - Federal contributions, recognition, **5**: 9
 - Medical Society of Nova Scotia and government, agreement, **3**: 36, 41
 - See also*
- Medical Society of Nova Scotia

Nurses

- National standards, **4**: 10-1
- Professional standing, **2**: 15
- Remuneration, **2**: 15
 - Covered by medicare, **8**: 7-8
- Services, costs, **4**: 10

OAS

- See*
- Old age pensions — Old age security

OMA

- See*
- Ontario Medical Association

Old age pensions

- Old age security (OAS)
 - Benefits lost or paid as a result of erroneous advice, **10**: 24-5
 - Entitlement, criteria, **10**: 30-3
 - Partial benefits, **10**: 25, 30-1, 33
 - Persons receiving social assistance, **10**: 25
 - Retroactive payments, **10**: 24
 - Income tax, implications, **10**: 26
 - Spouse's allowance, **10**: 23
- Reciprocal agreements, **10**: 24, 29-31
- See also*
- Guaranteed income supplement

Old Age Security Act, Act to amend

- See*
- Bill C-40

Ontario

- Doctors
 - Compensation, **4**: 22
 - Negotiations, ramifications of Bill C-3, **4**: 18-9
 - Distribution, program to remedy, **2**: 26; **4**: 24
 - Extra billing, **4**: 23-4
 - Opting out, **1**: 20; **4**: 18-9, 24; **5**: 15-6

Medical Services of Nova Scotia—Suite

- Financement global, position, **3**: 43-5
- Médecins, rémunération, négociations et accord, **3**: 36, 41, 42
- Nouvelle-Écosse, gouvernement, relations, **3**: 41, 42

Mitchell, M. R.B., président, Commission canadienne des pensions

- Anciens combattants qui avancent en âge, programme, promotion, **9**: 14
- Étude des dépenses relatives aux Affaires des anciens combattants, contenues dans le Budget des dépenses déposé au Parlement pour l'année financière se terminant le 31 mars 1985, discussion, **9**: 13, 17, 18, 20-1, 23

Moran, M. E.J., secrétaire-général, Ontario Medical Association

- Bill C-3, teneur, discussion, **4**: 19-24

Muir, honorable Robert, sénateur (Cape Breton-The Sydneys)

- Bill C-3, teneur, **7**: 24, 27-8, 36

Munro, M. Ian R., membre, National Citizens' Coalition

- Bill C-3, teneur
- Discussion, **7**: 26-8
- Exposé, **7**: 18-21

Munro, honorable John, ancien ministre de la Santé national et du Bien-être social

- Saskatchewan, régime d'assurance-maladie, acceptation, **7**: 10

Myette, M. Denis, évaluateur principal de programme, Société canadienne d'hypothèques et de logement

- Bill C-37, discussion, **10**: 11-2, 13, 17-20, 21

National Citizens' Coalition

- Activités, **7**: 16-7, 23, 24-5
- Position et politiques
- Bill C-3, **7**: 17-8, 22-3, 25
- Fonction publique, **7**: 26-7

Nielsen, honorable James A., ministre de la Santé, province de la Colombie-Britannique

- Bill C-3, teneur
- Discussion, **5**: 33-4, 47
- Exposé, **5**: 19-23

Norton, honorable Keith, ministre de la Santé, province de l'Ontario

- Bill C-3, teneur
- Discussion, **5**: 32, 35-6, 37, 39, 42-3
- Exposé, **5**: 12-6

Nouveau-Brunswick

- Gouvernement, position
- Bill C-3, amendement proposé par CAIR et FMRIQ, **2**: 23
- Services de santé, étude, **5**: 12, 32
- Santé, services
 - Centre de soins péri-hospitaliers, **3**: 53
 - Médecins spécialistes, **2**: 17

Nouveau parti démocratique de l'Ontario

- Santé, services, surfacturation, enquête, **7**: 21

Nouvelle-Écosse

- Assurance-maladie, régime
- Apport du fédéral, reconnaissance, **5**: 9
- Coûts et financement fédéral, **3**: 45

Ontario—Cont'd**Doctors—Cont'd**

See also Ontario Medical Association

Government, position

Bill C-3, **5**: 35-6; **8**: 15

Amendment proposed by CAIR/FMRIQ, **2**: 23

Health services study, **5**: 32

Health Protection and Promotion Act, 1983, 5: 15**Health services**

Bill C-3, impact, **5**: 16

Extra billing and user fees, **2**: 7; **4**: 23; **5**: 15; **6**: 11

Funding, losses to be absorbed, **1**: 22; **5**: 14

Home Health Care Program, **3**: 31

Maintenance of health and disease prevention, **5**: 14-5

Management, **5**: 42

Immunization of School Pupils Act, 5: 15**Medicare, historical background, 7: 17****Ontario Council of Health**

User charges, study, **3**: 50

Ontario Medical Association (OMA)**Bill C-3, position**

Decision of arbitration panel, alteration, **4**: 20-1

Reasonable compensation, **4**: 19, 22-3

Extra billing and user fees, position, **4**: 23-4

Membership, **4**: 18

Optometrists

Services, payment, source, **1**: 36

PAIRO

See

Professional Association of Interns and Residents of Ontario

Paradis, Pierre, MNA, Quebec

Bill C-3, position, **8**: 31

Parry, Glenys, Senior Negotiator, Western Arctic Claim, Department of Indian and Northern Affairs**Bill C-49**

Discussion, **11**: 19, 20, 21, 23, 24, 25, 27, 31

Statement, **11**: 18-9

Pension Act

Review, proposal, **9**: 12-3

Philipsen, Hon. Andy, Minister of Health and Human Resources, Yukon Territory**Bill C-3, subject-matter**

Discussion, **5**: 35

Statement, **5**: 26-8

Phillips, Hon. Orville H., Senator (Prince), Committee Vice-Chairman

Bill C-3, **8**: 6-8, 15-7, 18, 30-1, 36-7

Bill C-3, subject-matter

British Columbia Medical Association, **4**: 29

Canada Health Council, **4**: 11-2

Canadian Medical Association, **2**: 8, 19

Coming into force, **5**: 38, 46, 47

Doctors, **2**: 25-6; **4**: 21-2, 29-31

Health services, **1**: 20-2, 37-9; **2**: 7; **3**: 16-7; **4**: 9-10

Hospitals, **2**: 9

Manitoba, **3**: 17-8

Nouvelle-Écosse—Suite**Assurance-maladie, régime—Suite**

Évaluation, **3**: 36

Medical Society of Nova Scotia et gouvernement, accord, **3**: 36, 41

Caisse d'aide à la santé, fonds, **3**: 57

Gouvernement

Associations professionnelles, relations, **5**: 9-10

Services de santé, Comité pour étudier, position, **5**: 32

Médecins

Désaffiliation, **1**: 18, 19, 20

Rémunération, **3**: 42

Surfacturation, **3**: 28, 36

Santé, services

Bill C-3, répercussions, **5**: 46-7

Coûts et financement fédéral, **3**: 45-6

Voir aussi

Medical Society of Nova Scotia

OMA

Voir

Ontario Medical Association

Office de l'établissement agricole des anciens combattants

Voir

Établissement agricole des anciens combattants, Office

Ontario

Assurance-maladie, régime, historique, **7**: 17

Gouvernement, position

Bill C-3, **5**: 35-6; **8**: 15

Amendement proposé par CAIR/FMRIQ, **2**: 23

Services de santé, étude, **5**: 32

Loi de 1982 sur l'immunisation des élèves, **5**: 15

Loi de 1983 sur la protection et la promotion de la santé, **5**: 15

Médecins

Désaffiliation, **1**: 20; **4**: 18-9, 24; **5**: 15-6

Rémunération, **4**: 22

Négociations, ramifications du Bill C-3, **4**: 18-9

Répartition, programme pour régler, **2**: 26; **4**: 24

Surfacturation, **4**: 23-4

Voir aussi Ontario Medical Association

Santé, services

Bill C-3, effet, **5**: 16

Financement, pertes à absorber, **1**: 22; **5**: 14

Gestion, **5**: 42

Maintien de la santé et prévention des maladies, **5**: 14-5

Soins à domicile, programme, **3**: 31

Surfacturation et frais modérateurs, **2**: 7; **4**: 23; **5**: 15; **6**: 11

Ontario Council of Health

Frais modérateurs, étude, **3**: 50

Ontario Medical Association (OMA)**Bill C-3, position**

Décision d'un comité d'arbitrage, modification, **4**: 20-1

Rémunération raisonnable, **4**: 19, 22-3

Membres, **4**: 18

Surfacturation et frais modérateurs, position, **4**: 23-4

Optométristes

Services paiement, source, **1**: 36

- Phillips, Hon. Orville H., Senator (Prince), Committee Vice-Chairman—Cont'd**
 Bill C-3, subject-matter—*Cont'd*
 Nurses, **4**: 10-1
 Prince Edward Island, **5**: 45
 Procedure, **1**: 38; **5**: 37; **7**: 9, 16, 21, 22, 23, 24, 25, 27, 28, 30, 36-7
 Quebec, **2**: 18
 Ramifications, **3**: 14; **5**: 38-9
 Saskatchewan, **7**: 16
 Scope, **1**: 23-4
 Witnesses, **1**: 40
 Bill C-5, **11**: 9-12, 13-6
 Bill C-37, **10**: 10-3, 22
 Bill C-40, **10**: 25, 26, 28
 Bill C-49, **11**: 18, 21, 28-9, 30
 Election, **1**: 7
 Examination of the expenditures pertaining to Veterans Affairs set out in the Estimates laid before Parliament for the fiscal year ending March 31, 1985, **9**: 13-7, 22-3, 27, 28
 Social Affairs, Science and Technology, Standing Senate Committee, **4**: 33, 34
- Preserving Universal Medicare, Government of Canada position paper, 1**: 11
- Prince Edward Island**
 Doctors
 Extra billing, **2**: 7; **5**: 23
 Specialists, **2**: 17
 Government
 Bill C-3, position, **5**: 23-4, 45-6
 Brief to Standing House of Commons Committee on Health, Welfare and Social Affairs *re* Bill C-3, **5**: 24
 Health services, study, position, **5**: 34-5
 Health Resources Fund, moneys, use, **3**: 57
 Health services
 Bill C-3, impact, **5**: 34, 45
 Chronic care patients, **1**: 37
 Extra charges, **5**: 23
- Privy Council**
 Federal government spending power, decision of 1936 and 1937, **8**: 20
- Professional Association of Interns and Residents of Ontario (PAIRO)**
 Contractual disputes, resolution, policy, **2**: 28
 Membership, **4**: 18
 OMA representations *re* Bill C-3, interest, **4**: 18
- Provinces**
 Agreement with medical practitioners and dentists, model, application and effect, **8**: 18-21
 Jurisdiction
 Decision of arbitration board, power to alter, **7**: 15
 Health care, **4**: 8; **5**: 8, 10, 15
 Intrusion of federal government, **3**: 9-10, 39; **5**: 13, 17-8, 19, 25, 28; **7**: 14, 32-3; **8**: 13-4, 20-1
 Protection under Bill C-3, **6**: 8, 13, 14
 Medicare, defaults, sanctions, **8**: 21-6
 Ministers of health, appearance before Committee, **4**: 35-6; **5**: 6
 Positions and policies
 Bill C-3, **5**: 8, 30-1, 43; **6**: 8, 15; **7**: 7, 31-2; **8**: 7, 9, 16, 29, 30
 Health services, extra billing and user charges, **8**: 32-3
- PAIRO**
Voir
 Professional Association of Interns and Residents of Ontario
- PAREL**
Voir
 Société canadienne d'hypothèques et de logement — Aide à la remise en état des logements, Programme
- PCEAP**
Voir
 Logement — Accession à la propriété, Programme canadien d'encouragement
- Paradis, M. Pierre, membre de l'Assemblée nationale, Québec**
 Bill C-3, position, **8**: 31
- Parry, M^{me} Glenys, négociateur principal, Revendications de l'arctique de l'Ouest, ministère des Affaires indiennes et du Nord**
 Bill C-49
 Discussion, **11**: 19, 20, 21-2, 23, 24, 25, 27, 31
 Exposé, **11**: 18-9
- Parti libéral du Canada (Québec)**
 Bill C-3, opposition, **8**: 31
- Pensions, Commission canadienne**
 Allocation de soins, politiques, **9**: 13
 Décisions quant aux pensions, **9**: 23
 Employés, **9**: 17-8
 Examens médicaux, **9**: 20, 22
 Feuille de données, **9**: 23; **9A**: 1-2
- Pensions, indemnisation et allocations relatives à la guerre, aux militaires et aux civils, Loi de 1980 modifiant la législation**
 Allocations aux anciens combattants, augmentation, **9**: 7
- Pensions, Loi**
 Étude, proposition, **9**: 12-3
- Pensions de vieillesse**
 Ententes réciproques, **10**: 24, 29-31
 Sécurité de la vieillesse (SV)
 Admissibilité, critères, **10**: 30-3
 Allocation au conjoint, **10**: 23
 Paiements à effet rétroactif, **10**: 24
 Impôt sur le revenu, effet, **10**: 26
 Personnes ayant reçu des allocations de bien-être social, **10**: 25
 Prestations partielles, **10**: 25, 30-1, 33
 Prestations perdues ou payées en vertu de conseils erronés, **10**: 24-5
 Voir aussi
 Supplément de revenu garanti
- Personnes âgées**
 Fonds pour les soins de santé, mise sur pied, proposition, **5**: 25
 Frais modérateurs et surfacturation, position, **6**: 11
 Loyers, **10**: 27-8
 Pourcentage de la population, augmentation, ramification, **4**: 7; **7**: 33
 SRG, augmentation, jouissance, **10**: 26-7, 28, 29

Public Service Commission

Public servants, recruitment, **9**: 15

Quebec

Doctors

Compensation, **2**: 11-2; **6**: 19-20, 22; **7**: 15, 20
 Opting out, **1**: 19
 Shortage, **2**: 18

Government, position

Bill C-3, **5**: 17, 19, 33

Health services

Federal government, powers, **5**: 41

Study, **5**: 32-3

Health services

Access, **2**: 11

Bill C-3, impact, **5**: 17

Costs, **5**: 41-2

Extra billing and user charges, **3**: 23; **6**: 9, 19; **7**: 33-4; **8**: 12, 29

Funding, **6**: 25-6

Federal government contribution, **5**: 47

Under-funding, **6**: 23-4

Income tax, collection, **1**: 27-8

Medicare

Funding, **1**: 25-7; **6**: 23, 26

Health and health services, impact, **7**: 36

Portability, **5**: 40; **8**: 26, 27

RRAP*See*

Canada Mortgage and Housing Corporation — Residential Rehabilitation Assistance Program

Radiation-emitting devices

Advertising, **11**: 17

Defective

Control of use, proposed regulations, **11**: 15-7

Importation and sale, **11**: 7, 8-9, 12

Notification of customers, **11**: 15

Health hazards, **11**: 11

Inspections, **11**: 12-5, 17

Provincial responsibilities and regulations, **11**: 9-10

Standards, **11**: 7-8

Radiation Emitting Devices Act

Amendment, justification, **11**: 7

Application, loopholes, **11**: 7, 12, 15

Radiation Emitting Devices Act, Act to amend*See*

Bill C-5

Rand Corporation

Medicare, impact on health and health care costs, study, **7**: 21

Report to the Minister of Veterans Affairs as to Possible Improvements to Most of the Major Administrative and Adjudication Procedures of the Pension Plan (McCracken Report), 9: 18, 19**Reports to Senate**

Bill C-3, subject-matter, **7**: 6-8

Bill C-3, without amendment, **8**: 5, 36, 38-9

Bill C-5, without amendment, **11**: 6, 17

Bill C-37, without amendment, **10**: 8, 22-3

Bill C-40, without amendment, **10**: 8, 33

Bill C-49, without amendment, **11**: 6, 31-2

Philipsen, honorable Andy, ministre de la Santé et des Ressources humaines, Territoire du Yukon

Bill C-3, teneur

Discussion, **5**: 35

Exposé, **5**: 26-8

Phillips, honorable Orville H., sénateur (Prince), vice-président du Comité

Affaires sociales, des sciences et de la technologie, Comité sénatorial permanent, **4**: 33, 34

Bill C-3, **8**: 6-8, 15-7, 18, 30-1, 36-7

Bill C-3, teneur

Association médicale canadienne, **2**: 8, 19

British Columbia Medical Association, **4**: 29

Conseil de santé du Canada, **4**: 11-2

Entrée en vigueur, **5**: 38, 46, 47

Hôpitaux, **2**: 9

Ile-du-Prince-Édouard, **5**: 45

Infirmières, **4**: 10-1

Manitoba, **3**: 17-8

Médecins, **2**: 25-6; **4**: 21-2, 29-31

Portée, **1**: 23-4

Procédure, **1**: 38; **5**: 37; **7**: 9, 16, 21, 22, 23, 24, 25, 27, 28, 30, 36-7

Québec, **2**: 18

Ramifications, **3**: 14; **5**: 38-9

Santé, services, **1**: 20-2, 37-9; **2**: 7; **3**: 16-7; **4**: 9-10

Saskatchewan, **7**: 16

Témoins, **1**: 40

Bill C-5, **11**: 9-12, 13-6

Bill C-37, **10**: 10-3, 33

Bill C-40, **10**: 25, 26, 28

Bill C-49, **11**: 18, 21, 28-9, 30

Élection, **1**: 7

Étude des dépenses relatives aux Affaires des anciens combattants, contenues dans le Budget des dépenses déposé au Parlement pour l'année financière se terminant le 31 mars 1985, **9**: 13-7, 22-3, 27, 28

Pour une assurance-santé universelle, Politique du gouvernement du Canada, 1: 11**Professional Association of Interns and Residents of Ontario (PAIRO)**

Conflits contractuels, règlement, politique, **2**: 28

Membres, **4**: 18

Représentations de l'OMA concernant Bill C-3, intérêt, **4**: 18

Programme d'aide à la remise en état des logements (PAREL)*Voir*

Société canadienne d'hypothèques et de logement — Aide à la remise en état des logements, Programme

Programme de logement pour les ruraux et les autochtones*Voir*

Société canadienne d'hypothèques et de logement — Logement pour les ruraux et les autochtones, Programme

Programme de protection des taux hypothécaires*Voir*

Société canadienne d'hypothèques et de logement — Taux hypothécaires, Programme de protection

Residential Rehabilitation Assistance Program (RRAP)

See under Canada Mortgage and Housing Corporation

Rideau Veterans Home, Ottawa, Ontario

Administration, **9**: 23

Rigby, Norman, Executive Director, British Columbia Medical Association

Bill C-3, subject-matter, discussion, **4**: 30, 31

Roblin, Hon. Duff, Senator (Red River)

Bill C-37, **10**: 16-20

Bill C-40, **10**: 28, 31, 32-3

Rodgers, Ginette, Executive Director, Canadian Nurses Association

Bill C-3, subject-matter

Discussion, **4**: 11-2, 15-8

Introductory remarks, **4**: 7

Rousseau, Hon. Yvette Boucher, Senator (de Salaberry)

Bill C-3, subject-matter, **2**: 15, 29; **5**: 39-42

Organization meeting, **1**: 8

Social Affairs, Science and Technology, Standing Senate Committee, **4**: 6

Royal Canadian Legion

Grants from Veterans Affairs Department, **9**: 26

Rural and Native Housing Program

See under Canada Mortgage and Housing

Russell, Hon. David, Minister of Hospitals and Medical Care, Province of Alberta

Bill C-3, subject-matter

Discussion, **5**: 32, 38-9

Introductory remarks, **5**: 7

Statement, **5**: 8

Medicare, cost-sharing, allegations, **1**: 23

SAMS

See

British Columbia — Social Assistance Medical Service

SMA

See

Saskatchewan Medical Association

SOS Medicare Conference

Convening, **6**: 5

Ste. Anne's Hospital, Sainte-Anne-de-Bellevue, Quebec

Administration, **9**: 23

Saskatchewan

Doctors

Compensation, **7**: 9-10, 16

Direct billing option, cancellation, ramifications, **7**: 10

Strikes, **2**: 18; **7**: 15

Government, position and policies

Bill C-3, **5**: 25-6

Consultation process, **8**: 14

Health services, study, **5**: 35

Medicare, **5**: 25

Programme (Le) de santé national et provincial du Canada pour les années 1980 (Rapport Hall)

Médecins, rémunération, citation, **2**: 11; **3**: 37

Provinces, position, **2**: 14

Recommandations

Conseil de santé du Canada, **3**: 49

Médecins, rémunération et surfacturation, **1**: 29; **2**: 11, 12

Protection et promotion de la santé, Loi de 1983 (Ontario)

Portée, **5**: 15

Provinces

Accord avec ses médecins et dentistes, modèle, application et effet, **8**: 18-21

Assurance-maladie, manquements, sanctions, **8**: 21-6

Juridiction

Décision d'un conseil d'arbitrage, pouvoir de modifier, **7**: 15

Empiètement du gouvernement fédéral, **3**: 9-10, 39; **5**: 13, 17-8, 19, 25, 28; **7**: 14, 32-3; **18**: 13-4, 20-1

Protection sous le Bill C-3, **6**: 8, 13, 14

Santé, services, **4**: 8; **5**: 8, 10, 15

Ministres de la santé, comparution devant le Comité, **4**: 35-6; **5**: 6

Position et politiques

Bill C-3, **5**: 8, 30-1, 43; **6**: 8; **7**: 7, 31-2; **8**: 7, 9, 16, 29, 30

Santé, services, surfacturation et frais modérateurs, **8**: 32-3

Provinces de l'Atlantique

Santé, services, **2**: 6, 16-7

Financement, problèmes, **2**: 8-9

Québec

Assurance-maladie

Financement, **1**: 25-7; **6**: 23, 26

Santé et services de santé, effet, **7**: 36

Transférabilité, **5**: 40; **8**: 26, 27

Gouvernement, position

Bill C-3, **5**: 17, 19, 33

Santé, services

Étude, **5**: 32-3

Gouvernement fédéral, pouvoirs, **5**: 41

Impôt sur le revenu, perception, **1**: 27-8

Médecins

Désaffiliation, **1**: 19

Pénurie, **2**: 18

Rémunération, **2**: 11-2; **6**: 19-20, 22; **7**: 15, 20

Santé, services

Accès, **2**: 11

Bill C-3, effet, **5**: 17

Coûts, **5**: 41-2

Financement, **6**: 25-6

Gouvernement fédéral, contribution, **5**: 47

Frais modérateurs et surfacturation, **3**: 23; **6**: 9-10, 19; **7**: 33-4; **8**: 12, 29

Sous-financement, **6**: 23-4

Radiations, dispositifs émetteurs

Dangers pour la santé, **11**: 11

Défectueux

Avis aux clients, **11**: 15

Contrôle de l'utilisation, règlements proposés, **11**: 15-7

Importation et vente, **11**: 7, 8-9, 12

Inspections, **11**: 12-5, 17

Normes, **11**: 7-8

Provinces, responsabilités et règlements, **11**: 9-10

Publicité, **11**: 17

Saskatchewan—Cont'd

- Government, position and policies—*Cont'd*
- Senior health fund, **5**: 25
- Health services
 - Costs, **5**: 43
 - Drug plan and dental program, **7**: 13
 - Extra billing, **7**: 9-10
 - Saskatoon Agreement, **7**: 11
 - User fees, study, **7**: 34
- Medical Care Insurance Act, **7**: 9, 10
- Medical Care Insurance Commission, **7**: 9, 16
- Medicare system, **7**: 15
- User charges, study, **3**: 50

Saskatchewan Medical Association (SMA)

- Bill C-3
 - Brief to Standing House of Commons Committee on Health, Welfare and Social Affairs, **7**: 9
 - Position, **7**: 10-1, 13
- Bill C-3, subject-matter, brief, **7**: 9-10, 11
- Position and policies
 - Health workers, strikes, **7**: 10
 - Reasonable compensation, **7**: 11-3, 14-5; **8**: 17

Saskatoon Veterans Home, Saskatoon, Saskatchewan

- Administration, **9**: 23

Saxon, R.D., President, Medical Society of Nova Scotia

- Bill C-3, subject-matter
 - Discussion, **3**: 39-44, 46-7
 - Statement, **3**: 35-8

Senate

- Role, **11**: 31

Senior citizens

- GIS, increase, enjoyment, **10**: 26-7, 28, 29
- Health fund, establishment, proposal, **5**: 25
- Numbers, increase, ramifications, **4**: 7; **7**: 33
- Rents, **10**: 27-8
- User changes and extra billing, position, **6**: 11

Sheehy, Gerald, Minister of Health, Province of Nova Scotia

- Bill C-3, subject-matter
 - Discussion, **5**: 32, 46-7
 - Statement, **5**: 9-10

Social Affairs, Science and Technology, Standing Senate Committee

- Agenda, **1**: 7-8
- Agenda and Procedure, Subcommittee
 - Nominations, **1**: 7
 - Recommendations, **9**: 4-5
- Reports to Committee
 - First, **1**: 5
 - Second, **4**: 4-5, 6, 32-5
 - Third, **9**: 4-5, 23
 - Fourth, **10**: 4
 - Fifth, **10**: 4-5
- Bill C-3
 - Amendments deemed to have been moved and defeated, **8**: 37, 38-9
 - Study, procedure, **8**: 6, 8-9, 36
- Bill C-3, subject-matter
 - Hearings, program, **1**: 39-41; **4**: 35-6

Radiations, dispositifs émetteurs, Loi

- Amendement, justification, **11**: 7
- Application, échappatoires, **11**: 7, 12, 15

Radiations, dispositifs émetteurs, Loi modifiant la Loi

- Voir*
- Bill C-5

Radioactivité

- Radiations produites par des dispositifs mécanique et électronique, comparaison, **11**: 11

Rand Corporation

- Assurance-maladie, effet sur la santé et les frais de services de santé, étude, **7**: 21

Rapport au ministre des Affaires des anciens combattants sur les améliorations possibles à la plupart des formalités administratives et décisionnelles du processus des pensions (Rapport McCracken), 9: 18, 19**Rapport Hall**

- Voir*
- Programme (Le) de santé national et provincial du Canada pour les années 1980*

Rapports au Sénat

- Bill C-3, sans amendement, **8**: 5, 36, 38-9
- Bill C-3, teneur, **7**: 6-8
- Bill C-5, sans amendement, **11**: 6, 17
- Bill C-37, sans amendement, **10**: 8, 22-3
- Bill C-40, sans amendement, **10**: 8, 33
- Bill C-49, sans amendement, **11**: 6, 31-2

Régime canadien de renouvellement hypothécaire

- Voir sous* Société canadienne d'hypothèques et de logement

Régime d'Assistance Publique du Canada

- Portée, **1**: 39

Règlement des revendications des Inuvialuit de la région ouest de l'Arctique, Loi

- Voir*
- Bill C-49

Relations fédérales-provinciales

- Confrontations, **5**: 9
- Responsabilités provinciales, empiètement du gouvernement fédéral, problèmes, **3**: 9-10, 39; **5**: 13, 17-8, 19, 25, 28; **7**: 14, 32-3; **8**: 13-4, 20-1

Rigby, M. Norman, directeur général, British Columbia Medical Association

- Bill C-3, teneur, discussion, **4**: 30, 31

Roblin, honorable Duff, sénateur (Red River)

- Bill C-37, **10**: 16-20
- Bill C-40, **10**: 28, 31, 32-3

Social Affairs, Science and Technology, Standing Senate Committee—Cont'd

Bill C-3, subject-matter—Cont'd

Study, **1**: 13-4, 15-6; **4**: 4; 7: 6-7

Commitment, **5**: 31

Provincial ministers of health, appearance, **5**: 6

Bill C-49, study, **11**: 29-30

Inquiries

Examination of the expenditures pertaining to Veterans Affairs set out in the Estimates laid before Parliament for the fiscal year ending March 31, 1985, **9**: 27-8

Proposals

Aboriginal peoples of Canada, problems and issues, **4**: 4

Canadian health care policy, **7**: 8; **9**: 4

Canadian youth, problems and issues, **4**: 4, 33-5

Technological change, impact on Canadian society, **9**: 4-5

Women and work, **9**: 5

Invitations, **9**: 28

Meetings, schedule, **1**: 8

Membership and quorum, **1**: 8-9

Motions

Adjournment; carried, **1**: 9, 41

Agenda and Procedure, Subcommittee, second report, amendment; carried, **4**: 35

Agenda and Procedure, Subcommittee, second report as amended, concurrence; carried, **4**: 6, 35

Agenda and Procedure, Subcommittee, third report, adoption; carried, **9**: 23

Bill C-3, report to Senate without amendment; carried, **8**: 36, 38-9

Bill C-5, report to Senate without amendment; carried, **11**: 17

Bill C-37, report to Senate without amendment; carried, **10**: 22-3

Bill C-37, statement of Minister printed as appendix; carried, **10**: 9

Bill C-40, report to Senate without amendment; carried, **10**: 33

Bill C-49, report to Senate without amendment; carried, **11**: 31-2

Canadian Pension Commission, fact sheet, to be appended; carried, **9**: 23

Chairman, election; carried, **1**: 7

Deliberation *in camera*; carried, **6**: 27; **7**: 37

Meetings held when quorum not present; carried, **1**: 8

Minutes of proceedings and evidence, copies to be printed; carried, **1**: 8

Provincial health expenditures, federal transfers as proportion, analysis, appendix to proceedings; carried, **3**: 24

Vice-Chairman, election; carried, **1**: 7

Orders of reference

Bill C-3, subject-matter, **1**: 9; **2**: 5; **3**: 6; **5**: 6; **7**: 6

Bill C-5, **11**: 7

Bill C-37, **10**: 9

Bill C-40, **10**: 23

Bill C-49, **11**: 17

Examination of the expenditures pertaining to Veterans Affairs set out in the Estimates laid before Parliament for the fiscal year ending March 31, 1985, **4**: 4; **8**: 39; **9**: 6

Procedure

Absence of chairman and vice-chairman, **11**: 32

Subcommittee on Agenda and Procedure

Second report, **4**: 6

Selection, **1**: 7

Recommendations, comprehensive health care policy, development, examination of issues, **7**: 8

Reports to Senate

Bill C-3, subject-matter, **7**: 6-8

Bill C-3, without amendment, **8**: 5, 36, 38-9

Bill C-5, without amendment, **11**: 6, 17

Bill C-37, without amendment, **10**: 8, 22-3

Bill C-40, without amendment, **10**: 8, 33

Rodgers, M^{me} Ginette, directrice générale, Association des infirmières et infirmiers du Canada

Bill C-3, teneur

Discussion, **4**: 11-2, 15-8

Remarques introductives, **4**: 7

Rousseau, honorable Yvette Boucher, sénateur (de Salaberry)

Affaires sociales, des sciences et de la technologie, Comité sénatorial permanent, **4**: 6

Bill C-3, teneur, **2**: 15, 29; **5**: 39-42

Réunion d'organisation, **1**: 8

Royaume-Uni

Assurance-santé, régimes privés, **7**: 20-1

Hôpitaux, patients, **3**: 51

Pensions de vieillesse, entente réciproque avec le Canada

Conséquences financières, **10**: 30-1

Négociations, **10**: 29-30

Santé, services, **7**: 18, 20

Service national de santé, **2**: 25

Étude, **3**: 26

Russell, honorable David, ministre des Hôpitaux et des Soins médicaux, province de l'Alberta

Assurance-maladie, partage des frais, allégations, **1**: 23

Bill C-3, teneur

Discussion, **5**: 32, 38-9

Exposé, **5**: 8

Remarques introductives, **5**: 7

SAMS

Voir

Colombie-Britannique — Social Assistance Medical Service

SCHL

Voir

Société canadienne d'hypothèques et de logement

SMA

Voir

Saskatchewan Medical Association

SRG

Voir

Supplément de revenu garanti

SV

Voir

Pensions de vieillesse — Sécurité de la vieillesse

Sainte-Anne, hôpital, Sainte-Anne-de-Bellevue, Québec

Administration, **9**: 23

Santé, Bien-être et Affaires sociales, Comité permanent de la Chambre des communes

Bill C-3, étude

Amendements, **8**: 16

Amendements proposés par le ministre, **1**: 15

Groupes médicaux, témoignages, **7**: 25

Mémoires

Association des hôpitaux canadiens, **3**: 49

Coalition canadienne de la santé, **6**: 6

Fédération des médecins omnipraticiens du Québec, **6**: 17-8

Fédération des médecins spécialistes du Québec, **16**: 17-8

- Social Affairs, Science and Technology, Standing Senate Committee—*Cont'd***
 Reports to Senate—*Cont'd*
 Bill C-49, without amendment, 11: 6, 31-2
- Sommerville, David, Vice-President, National Citizens' Coalition**
 Bill C-3, subject-matter
 Discussion, 7: 23-5
 Statement, 7: 21-3
- Soviet Union**
See
 Union of Soviet Socialist Republics
- Statute Law (Military and Civilian War Pensions, Compensation and Allowances) Amendment Act, 1980**
 War veterans allowance, increase, 9: 7
- Stewart, Hon. David Gordon, Senator (Prince Albert-Duck Lake)**
 Bill C-49, 11: 20, 21, 23, 26, 30
- Stewart, Hon. John B., Senator (Antigonish-Guysborough)**
 Bill C-3, subject-matter, 3: 42-5
 Bill C-49, 11: 26-7
- Taxation**
 Land claims, financial compensation, exemptions, 11: 31
- Taylor, Hon. Graham, Minister of Health, Province of Saskatchewan**
 Bill C-3, subject-matter
 Discussion, 5: 35, 43
 Statement, 5: 24-6
- Toronto General Hospital, Toronto, Ontario**
 Beds, shortage, 7: 26
- Tremblay, Hon. Arthur, Senator (Les Laurentides)**
 Bill C-3
 Amendments, 8: 38
 Federal-provincial conferences, 8: 35
 Medicare, 8: 26-8, 35
 Ramifications, 8: 21-6
 Scope, 8: 18-21
 Bill C-3, subject-matter
 Coming into force, 5: 43-4; 6: 22-3, 24
 Doctors, 1: 19-20, 31-5; 2: 13-4, 17-8; 4: 20-1, 24; 6: 20-2, 24
 Health services, 1: 24-8; 4: 15; 6: 26
 Hearings, program, 4: 35-6
 Procedure, 1: 15-6, 19, 41; 5: 37
 Scope, 7: 34-5
 Witnesses, 1: 40-1
- UK**
See
 United Kingdom
- Union of Soviet Socialist Republics**
 Weather stations, 11: 27
- United Kingdom**
 Health care, 7: 18, 20
 Health care insurance, private, 7: 20-1
 Hospitals, patients, 3: 51
- Santé, Bien-être et Affaires sociales, Comité permanent de la Chambre des communes—*Suite***
 Bill C-3, étude—*Suite*
 Mémoires—*Suite*
 Ile-du-Prince-Édouard, gouvernement, 5: 24
 Manitoba, gouvernement, citation, 3: 7-8
 Medical Society of Nova Scotia, 3: 36-7, 42-3
 Ontario, gouvernement, citation, 1: 22
 Saskatchewan Medical Association, 7: 9, 11
 Terre-Neuve, gouvernement, 5: 28
 Présomption de rémunération raisonnable en cas d'accord, discussion, 8: 15
 Québec, gouvernement, comparution, 5: 16-7
 Témoins, 1: 14
- Santé, Loi canadienne**
Voir
 Bill C-3
 Bill C-3, teneur
- Santé, services**
 Abus, 7: 31, 33, 34
 Accès, 1: 16-7; 3: 28-9; 7: 20, 31
 Consommateurs, position, 6: 8
 Besoins, 4: 7-8, 12
 Données, limitations, 3: 25-6
 Comité pour étudier, proposition, 3: 23-4, 40; 4: 14-5; 5: 31-7, 44-5; 7: 8
 Conférence nationale, 5: 11, 12
 Consultations fédérales-provinciales, 5: 20
 Coûts, 1: 16, 23-4; 2: 15-6; 3: 16-7, 32-3; 5: 42
 Bill C-3, effet, 3: 30-1; 5: 14-5, 17, 43
 Soins à l'hôpital et à domicile, comparaisons, 4: 9-10
 Définition, 4: 8; 5: 14
 Demande, 3: 26-7
 Différends, règlement, 3: 10-1
 Financement, 1: 20-9; 2: 8-9; 3: 7, 9, 16, 20, 43-5; 3A: 1, 6-9; 5: 46, 47; 6: 18, 25-6
 Obligations de la province, 5: 28-9
 Pénalités, 3: 11
 Professionnels de la santé, 8: 7-8
 Frais modérateurs
 Bill C-3, ramifications, 1: 39; 5: 24; 8: 10
 Définition, 2: 6-7; 3: 11
 Effet, 3: 50; 7: 29, 34
 Élimination, moyens, 6: 6
 Importance, 6: 9-10; 7: 34
 Malades chroniques, 1: 36-9; 2: 9-10; 3: 15, 52-3
 Utilisation éventuelle pour assurer la disponibilité des ressources, 3: 28-9; 7: 30-1, 33
 Gouvernement fédéral, rôle et responsabilités, 5: 40-1; 6: 13, 15
 Intégralité, 1: 28-9; 3: 23, 40-1, 47; 4: 14-5
 Jurisdiction, 4: 8; 5: 8, 10, 15
 Empiètement du gouvernement fédéral, 5: 17-8, 28; 7: 14
 Ramifications, 3: 39
 Lacunes, 7: 19-20
 Lois et politique, modifications, 2: 23; 6: 7
 Malades chroniques, 3: 53
Voir aussi plus haut Frais modérateurs
 Malades mentaux, 3: 17; 4: 13
 Malades-population, rapport, 3: 32
 Médecine préventive, 3: 33-4
 Médecins
 Assurance-maladie, régime, accès, restrictions, ramifications, 2: 22-3
 Répartition, 2: 26-8, 29; 3: 21-2, 27; 5: 11-2; 7: 25

United Kingdom—Cont'd

- National Health Service, 2: 25
- Study, 3: 26
- Old age pensions, reciprocal agreement with Canada
 - Financial effects, 10: 30-1
 - Negotiations, 10: 29-30

United States

- Cardiac units, 7: 19
- Physicians' assistants, 3: 32
- Veterans exposed to nuclear radiation, 9: 21

University of Ottawa

- Nuclear radiation, effects, study, 9: 21-2

Veterans

- Age, 9: 8
- Attendance allowance, 9: 13, 14
- Disabilities, review, 9: 19-21
- Exposure to nuclear radiation, effects, study, 9: 21-2
- Housing, 9: 14; 10: 15-6
- Legislation, review, desirableness, 9: 21
- Pensions
 - Adjudication, 9: 18-20, 25-6
 - Benefit-of-the-doubt provision, 9: 22-3
- Applications, 9: 18-9
- Benefits, reduction, 9: 20-1
- War veterans allowance, comparison, 9: 11-3
- Widows benefits, 9: 12-3
- War veterans allowance
 - Bill C-39, impact, 9: 9
 - Exemptions, 9: 11
 - Increase
 - Costs, 9: 8
 - Phasing in, elimination, 9: 7
 - Pension, comparison, 9: 11-3
 - Program, basic principle, 9: 9-10
 - Qualifications, 9: 8-11

Veterans Affairs Department

- Aging Veterans Program, 9: 7-8, 14, 24
- Daniel J. MacDonald Building, 9: 28
- Estimates, 1984-85
 - Grants and contributions, 9: 26
 - Veterans housing, 9: 14
- Housing program, 10: 15
- Relocation to Prince Edward Island
 - Employees, recruitment and training, 9: 14-7, 22
 - Programs, impact, 9: 16
 - Staff, 9: 24-5

Veterans hospitals

- Transfer to provincial jurisdiction, 9: 23-4

Veterans Land Administration, 9: 24-5**Wowles, Margaret, Director, Canadian Health Coalition**

- Bill C-3, subject-matter, discussion, 6: 7-8, 11

Waight, Peter, Acting Director, Radiation Protection Bureau, Environmental Health Directorate, Department of National Health and Welfare

- Bill C-5
 - Discussion, 11: 9-11, 13, 14-5
 - Statement, 11: 8

Santé, services—Suite

- Personnes âgées
 - Pourcentage, augmentation, ramifications, 4: 7; 7: 33
 - Soins de santé, fonds, proposition, 5: 25
- Politique, 3: 10; 7: 7-8
 - Examen par le Comité, recommandation, 7: 8; 9: 4
- Praticiens, rémunération raisonnable, 2: 15; 3: 39-40
- Arbitrage exécutoire, 1: 30-4; 2: 13-4, 17; 3: 17-8
- Voir aussi Médecins — Rémunération*
- Régime, réforme, 3: 26-7, 28-30, 46-7; 4: 14, 15-7
- Régime consensuel, abrogation, 5: 18, 39-40; 7: 10
- Régions périphériques, 2: 26-8, 29; 3: 21-2
- Soins à domicile, 3: 31-2
- Surfacturation
 - Définition, 2: 6-7
 - Effet, 2: 7-8, 12; 4: 23; 7: 6-7, 29, 33
 - Importance, 1: 16-7; 2: 6; 3: 18, 22-3; 6: 11, 33; 7: 9-10, 33
 - Suppression, 1: 17-8; 3: 37-40; 4: 19
 - Utilisation éventuelle pour assurer la disponibilité des ressources, 3: 28-9, 34-5
 - Voir aussi Médecins — Surfacturation*
- Tomographie à résonnance magnétique nucléaire, 3: 32-3
- Tomographie axiale informatisée, 3: 32-3
- Voir aussi*
- Hôpitaux

Santé, services assurés pris en charge par les régimes provinciaux d'assurance-santé, contributions pécuniaires du Canada aux, et les montants payables par le Canada pour les programmes de services complémentaires de santé, Loi concernant, et modifiant certaines lois en conséquence*Voir*

- Bill C-3
- Bill C-3, teneur

Santé nationale et Bien-être social, ministère

- Experts-conseils et rapports indépendants, 4: 17
- Services médicaux, direction générale, responsabilités au Yukon, 5: 26

Saskatchewan

- Assurance-maladie, régime, 7: 15
- Frais modérateurs, étude, 3: 50
- Gouvernement, position et politiques
 - Assurance-maladie, 5: 25
 - Bill C-3, 5: 25-6
 - Fonds pour les soins de santé des personnes âgées, 5: 25
 - Processus de consultation, 8: 14
 - Services de santé, étude, 5: 35
- Médecins
 - Grèves, 2: 18; 7: 15
 - Option de facturer directement les patients, annulation, ramifications, 7: 10
 - Rémunération, 7: 9, 10, 16
- Medical Care Insurance Act, 7: 9, 10
- Medical Care Insurance Commission, 7: 9, 16
- Santé, services
 - Accord de Saskatoon, 7: 11
 - Coûts, 5: 43
 - Frais modérateurs, étude, 7: 34
 - Prescriptions et soins dentaires, programmes, 7: 13
 - Surfacturation, 7: 9-10

War Veterans Allowance Act

- Amendments, **9**: 6-7
- Impact on department, **9**: 24

War Veterans Allowance Act, Civilian War Pensions and Allowances Act and certain other Acts in relation thereto, Act to amend

- See*
- Bill C-39

Watt, Hon. Charlie, Senator (Inkerman)

- Aboriginal people of Canada, problems and issues, study, referral to subcommittee of Committee, motion, **4**: 4
- Bill C-49, **11**: 23-6, 31

Weatherhead, David, Chairman, House of Commons Standing Committee on Health, Welfare and Social Affairs

- Letter from Canadian Medical Association *re* Bill C-3, **2**: 19-20

Western Arctic (Inuvialuit) Claims Settlement Act

- See*
- Bill C-49

White, Gerald, Director of Health Policy, Department of Health, Province of Newfoundland

- Bill C-3, subject-matter
- Discussion, **5**: 35
- Statement, **5**: 28-30

Witnesses

- Bill C-3, subject-matter, **1**: 39-41; **5**: 6

Women

- Enrolment in medical schools, percentage, **2**: 22

Wood, Hon. Dalia, Senator (Montarville)

- Bill C-3, subject-matter, **3**: 22-3; **7**: 23, 24, 33
- Organization meeting, **1**: 7

Yukon

- Doctors, fee schedule, negotiations, **5**: 27
- Government, position
- Bill C-3, **5**: 26-8
- Health services, study, **5**: 35
- Inuvialuit Final Agreement, **11**: 19
- Health services
- Issues, **5**: 26
- Programs, **5**: 27
- User fees and extra billing, **5**: 26, 27

Yukon Medical Association

- Fee schedule, negotiations, **5**: 21

Yuzyk, Hon. Paul, Senator (Fort Garry)

- Bill C-49, **11**: 19-21, 29-31

See following pages for lists of appendices, documents and witnesses.

Saskatchewan Medical Association (SMA)

- Bill C-3
- Mémoire au Comité permanent de la Santé, du Bien-être social et des Affaires sociales de la Chambre des communes, **7**: 9
- Position, **7**: 10-1, 13
- Bill C-3, teneur, mémoire, **7**: 9-10, 11
- Position et politiques
- Rémunération raisonnable, **7**: 11-3, 14-5; **8**: 17
- Santé, praticiens, grèves, **7**: 10

Saxon, M. R.D., président, Medical Society of Nova Scotia

- Bill C-3, teneur
- Discussion, **3**: 39-44, 46-7
- Exposé, **3**: 35-8

Sécurité de la vieillesse (SV)

- Voir sous* Pensions de vieillesse

Sécurité de la vieillesse, Loi modifiant la Loi

- Voir*
- Bill C-40

Sénat

- Rôle, **11**: 31

Sheehy, honorable Gerald, ministre de la Santé, province de la Nouvelle-Écosse

- Bill C-3, teneur
- Discussion, **5**: 32, 46-7
- Exposé, **5**: 9-10

Société canadienne d'hypothèques et de logement (SCHL)

- Aide à la remise en état des logements, Programme (PAREL), **10**: 14-5, 20
- Logement des personnes âgées
- Loyers, **10**: 27
- Subventions, **10**: 27, 28
- Logement pour les ruraux et les autochtones, Programme
- Bénéficiaires, **10**: 20
- Demandes, **10**: 14
- Modifications, justification, **10**: 10
- Participation des provinces, **10**: 10, 15
- Prêts, **10**: 14
- Logements sociaux, programmes, **10**: 16
- Régime canadien de renouvellement hypothécaire, **10**: 13
- Taux hypothécaires, Programme de protection
- But, **10**: 9-10
- Fonds, disposition, **10**: 21-2
- Participation, taux, **10**: 12, 13
- Prime, **10**: 10-1, 16-9, 21
- Programme en Belgique, comparaison, **10**: 10
- Protection, **10**: 11, 18-9, 20-1
- Risque du gouvernement, **10**: 12
- Titres hypothécaires, programme, **10**: 19-20, 22

Société inuvialuit de développement

- Contrats, accord, **11**: 19-20
- Établissement et pouvoirs, **11**: 28

Soins médicaux, Loi

- Bill C-3, comparaison, **1**: 28
- Financement, dispositions, **1**: 12
- Incidence, **1**: 15
- Portée, **2**: 23
- Remplacement par le Bill C-3, **7**: 6

Somerville, M. David, vice-président, National Citizens' Coalition

Bill C-3, teneur
 Discussion, 7: 23-5
 Exposé, 7: 21-3

Steuart, honorable David Gordon, sénateur (Prince Albert-Duck Lake)

Bill C-49, 11: 20, 21, 23, 26, 30

Stewart, honorable John B., sénateur (Antigonish-Guysborough)

Bill C-3, teneur, 3: 42-5
 Bill C-49, 11: 26-7

Supplément de revenu garanti (SRG)

Augmentation, 10: 29
 Conservation par les retraités, 10: 26-7, 28
 Versements, 10: 25

Taux hypothécaires, programme de protection

Voir sous Société canadienne d'hypothèques et de logement

Taylor, honorable Graham, ministre de la Santé, province de la Saskatchewan

Bill C-3, teneur
 Discussion, 5: 35, 43
 Exposé, 5: 24-6

Témoins

Bill C-3, teneur, 1: 39-41; 5: 6

Terre-Neuve

Gouvernement, position
 Bill C-3, 5: 28, 29-30
 Amendement proposé par CAIR et FMRIQ, 2: 23
 Services de santé, étude, 5: 35
 Logement pour les ruraux et les autochtones, Programme, participation, 10: 15
 Santé, services
 Financement, préoccupation, 5: 29
 Surfacturation, 2: 7

Territoires du Nord-Ouest

Collectivités, organisation, 11: 22
 Gouvernement, position sur l'Entente finale des Inuvialuit, 11: 19

Toronto General Hospital, Toronto, Ontario

Lits, pénurie, 7: 26

Tremblay, honorable Arthur, sénateur (Les Laurentides)

Bill C-3
 Amendements, 8: 38
 Assurance-maladie, 8: 26-8, 35
 Conférences fédérales provinciales, 8: 35
 Portée, 8: 18-21
 Ramifications, 8: 21-6
 Bill C-3, teneur
 Audiences, programme, 4: 35-6
 Entrée en vigueur, 5: 43-4; 6: 22-3, 24
 Médecins, 1: 19-20, 31-4; 2: 13-4, 17-8; 4: 20-1, 24; 6: 20-2, 24
 Portée, 7: 34-6
 Procédure, 1: 15-6, 19, 41; 5: 37
 Santé, services, 1: 24-8; 4: 15; 6: 26
 Témoins, 1: 40-1

Union des républiques socialistes soviétiques
Stations météorologiques, **11**: 27

Université d'Ottawa
Radioactivité, effets, étude, **9**: 21-2

Vowles, M^{me} Margaret, directrice, Coalition canadienne de la santé
Bill C-3, teneur, discussion, **6**: 7-8, 11

Waight, M. Peter, chef intérimaire, Bureau de la radioprotection, Direction de l'hygiène du milieu, ministère de la Santé nationale et du Bien-être social
Bill C-5
Discussion, **11**: 9-11, 13, 14-5
Exposé, **11**: 8

Watt, honorable Charlie, sénateur (Inkerman)
Autochtones du Canada, problèmes, étude, renvoi à un sous-comité du Comité, motion, **4**: 4
Bill C-49, **11**: 23-6, 31

Weatherhead, M. David, président, Comité permanent de la santé du bien-être social et des affaires sociales de la Chambre des communes
Lettre de l'Association médicale canadienne concernant Bill C-3, **2**: 18-20

White, M. Gerald, administrateur de la politique de la santé, ministère de la Santé, province de Terre-Neuve
Bill C-3, teneur
Discussion, **5**: 35
Exposé, **5**: 28-30

Wood, honorable Dalia, sénateur (Montarville)
Bill C-3, teneur, **3**: 22-3; **7**: 23, 24, 33
Réunion d'organisation, **1**: 7

Yukon
Gouvernement, position
Bill C-3, **5**: 26-8
Entente finale des Inuvialuit, **11**: 19
Services de santé, étude, **5**: 35
Médecins, barème des honoraires, négociations, **5**: 27
Santé, services
Besoins, **5**: 26
Frais modérateurs et surfacturation, **5**: 26, 27
Programmes, **5**: 27

Yuzyk, honorable Paul, sénateur (Fort Garry)
Bill C-49, **11**: 19-21, 29-31

Voir sur pages suivantes listes d'appendices, de documents et de témoins.

Appendices

- 3A — Federal Transfers as a Proportion of Provincial Health Expenditures, **3A**: 1-5
- 9A — Canadian Pension Commission, Fact Sheet, **9A**: 1-2
- 10A — LeBlanc, Hon. Roméo, Minister of Public Works, suggested remarks on Bill C-37 for Committee, **10A**: 1-4

Documents

- British Columbia, government, reflections on aspects on Bill C-3, **5**: 19-20
- Canadian Nurses Association, brief *re* Bill C-3, subject-matter, **4**: 7, 17
- Manitoba, government, submission to House of Commons Standing Committee on Health, Welfare and Social Affairs *re* Bill C-3, **3**: 7-8
- Manitoba Medical Association, brief to Committee *re* Bill C-3, subject-matter, **6**: 12, 13, 17
- Manitoba Medical Association, brief to House of Commons Standing Committee on Health, Welfare and Social Affairs *re* Bill C-3, **6**: 12
- Medical Society of Nova Scotia, brief to House of Commons Standing Committee on Health, Welfare and Social Affairs *re* Bill C-3, **3**: 36-7, 42-3
- Saskatchewan, government, submission detailing concerns *re* Bill C-3, **5**: 24
- Saskatchewan Medical Association, brief to House of Commons Standing Committee on Health, Welfare and Social Affairs *re* Bill C-3, **7**: 9, 11

Witnesses

- Adam, Guy, Chairperson, Canadian Health Coalition
- Adams, Orville, Director of Economic Research, Canadian Medical Association
- Allen, R.J., Director General, Policy Liaison and Development, Department of National Health and Welfare
- Baergen, E.H., Executive Director, Saskatchewan Medical Association
- Bégin, Hon. Monique, Minister of National Health and Welfare
- Blom, A.R., Director of Communications, Medical Society of Nova Scotia
- Brown, Colin, President, National Citizens' Coalition
- Campbell, Hon. W. Bennett, Minister of Veterans Affairs
- Castonguay, Claude, former Minister of Social Affairs, Province of Quebec
- Coffin, Everett, President, Canadian Medical Association
- Desjardins, Hon. Laurent, Minister of Health, Government of Manitoba
- Desjardins, Paul, President, Federation of Medical Specialists of Quebec
- Duke, Gordon, President, Saskatchewan Medical Association
- Fogarty, Hon. Albert P., Minister of Health and Social Services, Province of Prince Edward Island
- Fraser, Roderick D., Professor of Economics, Queen's University
- Freamo, B.E., Secretary General, Canadian Medical Association
- Gagnon, Georges-Henri, Director, Professional Affairs, Federation of General Practitioners of Quebec
- Gallagher, Hon. Charles, Minister of Health, Province of New Brunswick
- Geekie, D.A., Director of Communications, Canadian Medical Association
- Gingras, Gustave, Chairman, Canadian Hospital Association
- Glass, Helen, President, Canadian Nurses Association
- Goudie, J.R., Director, Claims Policy, Office of Native Claims, Department of Indian and Northern Affairs

Appendices

- 3A — Transferts fédéraux en tant que pourcentage des dépenses provinciales en matière de santé, **3A**: 1, 6-9
- 9A — Commission canadienne des pensions, feuille de données, **9A**: 1-2
- 10A — LeBlanc, honorable Roméo, ministre des Travaux publics, remarques proposées sur le Bill C-37 pour l'étude par le Comité, **10A**: 1-4

Documents

- Association des infirmières et infirmiers du Canada, mémoire concernant le Bill C-3, teneur, **4**: 7, 17
- Colombie-Britannique, gouvernement, position sur le Bill C-3, **5**: 19-20
- Manitoba, gouvernement, mémoire au Comité permanent de la Santé, du Bien-être et des Affaires sociales de la Chambre des communes concernant le Bill C-3, **3**: 7-8
- Manitoba Medical Association, mémoire au Comité concernant le Bill C-3, teneur, **6**: 12, 13, 17
- Manitoba Medical Association, mémoire au Comité permanent de la Santé, du Bien-être et des Affaires sociales de la Chambre des communes concernant le Bill C-3, **6**: 12
- Medical Society of Nova Scotia, mémoire au Comité permanent de la Santé, du Bien-être et des Affaires sociales de la Chambre des communes concernant le Bill C-3, **3**: 36-7, 42-3
- Saskatchewan, gouvernement, document détaillé au sujet des préoccupations concernant le Bill C-3, **5**: 24-5
- Saskatchewan Medical Association, mémoire au Comité permanent de la Santé, du Bien-être et des Affaires sociales de la Chambre des communes concernant le Bill C-3, **7**: 9, 11

Témoins

- Adam, M. Guy, président, Coalition canadienne de la santé
- Adams, M. Orville, directeur de la recherche économique, Association médicale canadienne
- Allen, M. R.J., directeur général, Politique, liaison et développement, ministère de la Santé nationale et du Bien-être social
- Baergen, M. E.H., directeur exécutif, Saskatchewan Medical Association
- Bégin, honorable Monique, ministre de la Santé nationale et du Bien-être social
- Blom, M. A.R., directeur des Communications, Medical Society of Nova Scotia
- Brown, M. Colin, président, National Citizens' Coalition
- Campbell, honorable W. Bennett, ministre des Affaires des anciens combattants
- Castonguay, M. Claude, ancien ministre des Affaires sociales, province de Québec
- Coffin, M. Everett, président, Association médicale canadienne
- Desjardins, honorable Laurent, ministre de la Santé, Gouvernement de Manitoba
- Desjardins, M. Paul, président, Fédération des médecins spécialistes du Québec
- Duke, M. Gordon, président, Saskatchewan Medical Association
- Fogarty, honorable Albert P., ministre de la Santé et des Affaires sociales, province de l'Île-du-Prince-Édouard
- Fraser, M. Roderick D., professeur en sciences économiques, Université Queen's
- Freamo, M. B.E., secrétaire général, Association médicale canadienne
- Gagnon, M. Georges-Henri, directeur, Affaires professionnelles, Fédération des médecins omnipraticiens du Québec
- Gallagher, honorable Charles, ministre de la Santé, province du Nouveau-Brunswick
- Geekie, M. D.A., directeur, Communications, Association médicale canadienne

Witnesses—Cont'd

- Gulbraa, David, Director, Rural and Native Housing, Canada Mortgage and Housing Corporation
- Hegan, Mary, Vice-Chairperson, Canadian Health Coalition
- Heywood, Neil, Past President, Manitoba Medical Association
- Isaac, G.A., President, Ontario Medical Association
- Johnson, Hon. Pierre-Marc, Minister of Canadian Intergovernmental Affairs, Province of Quebec
- Kane, Barbara, Member, Executive Committee, Ontario Branch, Canadian Association of Interns and Residents and Fédération des médecins résidents et internes du Québec
- Kutcher, Stanley, Member, Executive Committee, Ontario Branch, Canadian Association of Interns and Residents and Fédération des médecins résidents et internes du Québec
- Laplume, John, Executive Director, Manitoba Medical Association
- Law, Maureen, Associate Deputy Minister, Department of National Health and Welfare
- LeBlanc, Hon. Roméo, Minister of Public Works
- MacDonald, Gerry, Chief, Legislative and Regulatory Processes, Environmental Health Directorate, Department of National Health and Welfare
- McDonald, James, Legal counsel, Canadian Association of Interns and Residents and Fédération des médecins résidents et internes du Québec
- MacLellan, Russell, MP (Cape Breton-The Sydneys), Parliamentary Secretary to the Minister of National Health and Welfare
- MacNaught, Donald, Chief, Hospital Insurance, Health Services and Promotion Branch, Department of National Health and Welfare
- McPherson, Duncan, President, British Columbia Medical Association
- Martin, Jean-Claude, President, Canadian Hospital Association
- Mitchell, R.B., Chairman, Canadian Pension Commission
- Moran, E.J., General Secretary, Ontario Medical Association
- Munro, Ian R., Member, National Citizens' Coalition
- Myette, Denis, Senior Program Evaluator, Canada Mortgage and Housing Corporation
- Nielsen, Hon. James A., Minister of Health, Province of British Columbia
- Norton, Hon. Keith, Minister of Health, Province of Ontario
- Parry, Glenys, Senior Negotiator, Western Arctic Claim, Department of Indian and Northern Affairs
- Philipsen, Hon. Andy, Minister of Health and Human Resources, Yukon Territory
- Rigby, Norman, Executive Director, British Columbia Medical Association
- Rodgers, Ginette, Executive Director, Canadian Nurses Association
- Russell, Hon. David, Minister of Hospitals and Medical Care, Province of Alberta
- Saxon, R.D., President, Medical Society of Nova Scotia
- Sheehy, Hon. Gerald, Minister of Health, Province of Nova Scotia
- Sommerville, David, Vice-President, National Citizens' Coalition
- Taylor, Hon. Graham, Minister of Health, Province of Saskatchewan
- Vowles, Margaret, Director, Canadian Health Coalition
- Waight, Peter, Acting Director, Radiation Protection Bureau, Environmental Health Directorate, Department of National Health and Welfare
- White, Gerald, Director of Health Policy, Department of Health, Province of Newfoundland

For pagination, see Index by alphabetical order.

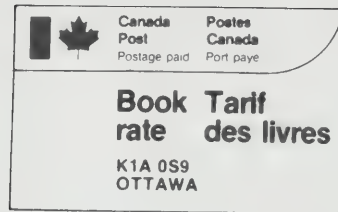
Témoins—Suite

- Gingras, M. Gustave, président du Conseil, Association des hôpitaux du Canada
- Glass, M^{me} Helen, présidente, Association des infirmières et infirmiers du Canada
- Goudie, M. J.R., directeur, Politique de revendications, Bureau des revendications des autochtones, ministère des Affaires indiennes et du Nord
- Gulbraa, M. David, directeur, Division du logement rural et autochtone, Société canadienne d'hypothèques et de logement
- Hegan, M^{me} Mary, vice-présidente, Coalition canadienne de la santé
- Heywood, M. Neil, ancien président, Manitoba Medical Association
- Isaac, M. G.A., président, Ontario Medical Association
- Johnson, honorable Pierre-Marc, ministre délégué aux Affaires intergouvernementales canadiennes, province de Québec
- Kalson, M. Martin, avocat, Services légaux, ministère de la Justice
- Kane, M^{me} Barbara, membre, Comité exécutif, section de l'Ontario, Canadian Association of Interns and Residents et Fédération des médecins résidents et internes du Québec
- Kutcher, M. Stanley, membre, Comité exécutif, section de l'Ontario, Canadian Association of Interns and Residents et Fédération des médecins résidents et internes du Québec
- Laplume, M. John, directeur exécutif, Manitoba Medical Association
- Law, M^{me} Maureen, sous-ministre associé, ministère de la Santé nationale et du Bien-être social
- LeBlanc, honorable Roméo, ministre des Travaux publics
- MacDonald, M. Gerry, chef, Processus législatifs et réglementation, Direction de l'hygiène du milieu, ministère de la Santé nationale et du Bien-être social
- McDonald, M. James, conseiller juridique, Canadian Association of Interns and Residents et Fédération des médecins résidents et internes du Québec
- MacLellan, M. Russell, député (Cape Breton-The Sydneys), secrétaire parlementaire au ministre de la Santé et du Bien-être social
- MacNaught, M. Donald, chef, Assurance hospitalisation, Direction générale des services de la promotion de la santé, ministère de la Santé nationale et du Bien-être social
- McPherson, M. Duncan, président, British Columbia Medical Association
- Martin, M. Jean-Claude, président, Association des hôpitaux du Canada
- Mitchell, M. R.B., président, Commission canadienne des pensions
- Moran, M. E.J., secrétaire-général, Ontario Medical Association
- Munro, M. Ian R., membre, National Citizens' Coalition
- Myette, M. Denis, évaluateur principal de programme, Société canadienne d'hypothèques et de logement
- Nielsen, honorable James A., ministre de la Santé, province de la Colombie-Britannique
- Norton, honorable Keith, ministre de la Santé, province de l'Ontario
- Parry, M^{me} Glenys, négociateur principal, Revendications de l'arctique de l'Ouest, ministère des Affaires indiennes et du Nord
- Philipsen, honorable Andy, ministre de la Santé et des Ressources humaines, Territoire du Yukon
- Rigby, M. Norman, directeur général, British Columbia Medical Association
- Rodgers, M^{me} Ginette, directrice générale, Association des infirmières et infirmiers du Canada

Témoins—Suite

- Russell, honorable David, ministre des hôpitaux et des soins médicaux, province de l'Alberta
- Saxon, M. R.D., président, Medical Society of Nova Scotia
- Sheehy, honorable Gerald, ministre de la Santé, province de la Nouvelle-Écosse
- Somerville, M. David, vice-président, National Citizens' Coalition
- Taylor, honorable Graham, ministre de la Santé, province de la Saskatchewan
- Vowles, M^{me} Margaret, directrice, Coalition canadienne de la santé
- Waight, M. Peter, chef intérimaire, Bureau de la radioprotection, Direction de l'hygiène du milieu, ministère de la Santé nationale et du Bien-être social
- White, M. Gerald, administrateur de la politique de la santé, ministère de la Santé, province de Terre-Neuve

Pour pagination, voir Index par ordre alphabétique.



*If undelivered, return COVER ONLY to:
Canadian Government Publishing Centre,
Supply and Services Canada,
Ottawa, Canada, K1A 0S9*

*En cas de non-livraison,
retourner cette COUVERTURE SEULEMENT à:
Centre d'édition du gouvernement du Canada,
Approvisionnement et Services Canada,
Ottawa, Canada, K1A 0S9*

BINDING SECT. AUG 7 1985

